

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LE SIGNE DE L'ÉLEVATION DE LA VOIX (1).

Par **E. LOMBARD.**

Les expériences que je vais exposer m'ont été suggérées par le rapprochement de deux faits d'observation vulgaire :

1^o Les sourds par lésion de l'appareil labyrinthique élèvent anormalement la voix : l'intonation chez eux n'est plus modulée ; l'effort phonatoire est toujours sans proportion avec le résultat à obtenir, qui est de se faire entendre d'un interlocuteur placé à la distance ordinaire de la conversation.

2^o Un sujet dont l'audition est intacte élève anormalement la voix au milieu d'un vacarme intense (en chemin de fer, par exemple). Cette élévation de la voix n'est pas seulement nécessitée par l'obligation de se faire mieux entendre d'un interlocuteur, mais bien aussi par celle de s'entendre mieux soi-même. Tout se passe comme si le sujet était momentanément dans les conditions d'un malade dont l'audition est abaissée par lésion labyrinthique.

Pour réaliser expérimentalement ces conditions (sujet au milieu d'un vacarme intense), je me sers d'un des appareils assourdisseurs construits d'après les principes indiqués par Barany pour exclure totalement l'audition d'une oreille pendant la recherche du degré d'audition de l'autre.

Ces appareils, en effet, produisent un bruit intense, dont on peut régler les intermittences d'apparition et de disparition.

(1) *Académie de médecine*, séance du 12 avril 1910. — Rapport de M. WEISS, séance du 4 octobre 1910.

Mon attention étant attirée sur ce point, je remarquai bientôt, au cours de recherches sur l'audition d'un malade atteint de labyrinthite unilatérale, que, chaque fois qu'un appareil à bruit était placé à l'oreille non sourde, la voix ordinaire de conversation prenait instantanément les caractères bien connus de la voix des sourds labyrinthiques. Inversement, l'enlèvement ou l'arrêt de l'appareil assourdisseur était suivi du retour immédiat à l'intensité vocale habituelle. Le malade ne paraissait pas avoir connaissance de ce double changement.

TECHNIQUE EXPÉRIMENTALE.

APPAREILS. — Entrés depuis les recherches de Barany dans la pratique otologique, les appareils à bruit sont utilisés pour l'examen des surdités unilatérales.

Pour l'application aux expériences d'élévation de la voix, les appareils seront choisis de manière à satisfaire à trois conditions :

- 1° Le mécanisme producteur de bruit aura une durée de fonctionnement assez longue, plusieurs minutes ;
- 2° Il sera susceptible de s'arrêter instantanément ;
- 3° Le bruit produit sera assez intense pour éteindre toute perception ; s'il est possible, l'intensité en sera variable à volonté.

Trois appareils répondent en partie à ces exigences.

a. Le dispositif de Voss : jet d'air comprimé se brisant sur les parois du conduit.

Nous nous sommes servi d'un dispositif analogue dans nos recherches du début. Le courant d'air comprimé arrive à une pression constante de 300 à 500 centimètres ; il est conduit par un tube souple, muni d'un embout d'otoscope jusqu'au voisinage du méat, plus exactement à quelques millimètres de la face interne du tragus.

Pour expérimenter sur les deux oreilles, un tube en Y dédouble le courant unique en deux courants secondaires, ce qui permet de se dispenser de deux appareils. L'assourdissement est absolu quand le jet d'air est bien dirigé et toute perception rendue impossible pour une oreille normale.

b. Les téléphones assourdisseurs (Neumann, Lombard).

Ces téléphones assourdisseurs se composent de deux récepteurs téléphoniques qu'on fait parler en les reliant à l'induit d'une bobine à trembleur ; l'intensité se règle en serrant plus ou moins le trembleur et en engainant davantage l'induit sur l'inducteur. Il faut éviter d'employer une bobine trop forte, car il s'ensuivrait une trépidation des plaques des récepteurs et des récepteurs eux-mêmes.

c. Les appareils dérivés de l'appareil de Barany : le bruit prend aussi la forme d'une crépitation continue. L'assourdissement est peut-être un peu moins parfait qu'avec le dispositif de Voss. De plus les appareils primitifs ne restaient en marche que pendant une demi-minute en moyenne, ce qui est insuffisant. Tel qu'il est, ce dispositif est cependant très suffisant pour les recherches cliniques.

MANIÈRE DE FAIRE PARLER LE SUJET. — Pour observer avec facilité les variations d'intensité de la voix, on a le choix entre plusieurs artifices : suivant les circonstances, chacun d'eux trouve ses indications ; il est bon de les varier, de les employer successivement, de les contrôler l'un par l'autre : une épreuve simplement positive avec l'un d'eux devient quelquefois éclatante avec le second.

Premier procédé. — On prie le sujet de lire à voix haute et soutenue un texte facile. J'insiste sur ces mots : à voix haute et soutenue : le sujet conservera autant que possible le ton de la récitation. S'il déclare ne pas savoir lire, on le fait compter de 1 à 100 par exemple : il est alors très facile, pendant la lecture ou la numération, de créer des phases alternantes d'audition et d'assourdissement ; chaque phase se marque par un changement de l'intensité de la voix, qui s'élève pendant l'assourdissement, pour revenir à l'intensité normale au moment précis de l'arrêt de l'appareil ; de là, une série de renforcements et de diminutions tout à fait caractéristiques. Il est à remarquer que, chez certains sujets déjà hypoacoustiques et présentant un léger degré de paracousie, les contrastes sont de moins en moins marqués à mesure que l'expérience se prolonge ; il semble qu'il tende à s'installer comme une sorte d'accoutumance ; il suffit alors, pour s'opposer

à cette accoutumance, de commander une pause entre chaque phrase ou chaque alinéa; l'effort phonatoire, n'étant plus soutenu et uniforme, mais devant nécessairement se renouveler au début de chaque phrase, augmente régulièrement à chaque période d'assourdissement, pour diminuer dès le début de celle d'audition.

Deuxième procédé. — Pendant un discours discontinu, et dans les intervalles qui en rompent la continuité, on change les conditions de l'audition. Voici, par exemple, une manière de faire en présence d'un malade qui déclare ne pas entendre du tout. On rédige un questionnaire *écrit*, et on prie le sujet de répondre à *voix haute* à chacune des questions inscrites. Dans l'intervalle de deux réponses, on met en marche l'assourdisseur, ou on l'arrête s'il fonctionnait : l'élévation et la chute de la voix forment alors un contraste très frappant.

Troisième procédé. — C'est le plus simple. Il consiste à surveiller les modifications de la voix du sujet brusquement assourdi pendant qu'il répond à une question; la voix prend aussitôt « l'intonation labyrintique ».

Telle est la technique très élémentaire de nos expériences. Voyons-en les résultats.

EXPÉRIENCES.

Pour une plus grande facilité, nous ne nous adresserons d'abord qu'à deux catégories de sujets :

1° Des tout à fait normaux, sans aucun passé auriculaire.

2° Des complètement sourds, uni ou bilatéraux. Par complètement sourds, nous entendons des malades privés de toute perception par une interruption portant sur un point quelconque de la voie nerveuse, depuis la papille cochléaire jusqu'à la corticalité.

1° EXPÉRIENCE SUR UN SUJET ENTENDANT NORMALEMENT. —

a. *Première phase.* — Je prie le sujet de lire à haute voix un texte facile ou de compter sans s'arrêter une série de nombres. Pendant cette lecture ou cette numération, j'applique rapidement à chaque oreille un appareil assourdisseur en marche; le sujet normal est subitement transformé en un sourd bilatéral; tout aussitôt l'intensité de la

voix s'élève, il crie en parlant, comme crient les sourds labyrinthiques bilatéraux. J'enlève brusquement les assourdisseurs, ou je les arrête ; l'intensité baisse et redevient celle du début, avant l'assourdissement. Le sujet, qui n'a pas interrompu sa lecture, n'a pas eu connaissance de ces rapides alternances. Quelquefois, l'élévation paraît moins soudaine ; on observe comme une progression dans l'augmentation de l'intensité, qui monte peu à peu jusqu'au régime de la voix criée.

b. *Deuxième phase.* — Au lieu d'assourdir les deux oreilles simultanément, on procède par étapes. Ainsi un appareil étant appliqué sur une oreille, on observe s'il se manifeste un changement de l'intensité vocale.

Tantôt celui-ci est à peine apparent, tantôt on remarque dès ce moment une élévation notable (1). Tout en maintenant le premier appareil en place, on applique le second sur l'oreille restée libre. L'élévation se produit cette fois comme dans la première phase.

Les deux élévations successives, quand elles se manifestent, sont en général très inégales, sans qu'il soit toujours possible de dire laquelle des deux l'emporte sur l'autre ; il est nécessaire de ne pas perdre de vue ce détail, dont il faudra tenir compte quand on recherchera l'élévation de la voix chez un sourd unilatéral.

2° EXPÉRIENCE SUR UN SUJET ATTEINT DE SURDITÉ TOTALE BILATÉRALE. — A première vue, il est assez logique de se demander comment un sourd peut encore être assourdi. Il ne l'est pas en effet, et c'est précisément là le fait intéressant. L'application des appareils, simultanée ou successive, est, chez lui, tout à fait inefficace. Le débit élevé, criard, monotone, des sourds labyrinthiques reste ce qu'il est : élevé et monotone, sans couleur. L'emploi de l'assourdisseur nous donne donc le moyen de distinguer immédiatement un sourd labyrinthique bilatéral d'un sujet entendant normalement, ce qui n'est pas toujours aussi aisé qu'on pourrait le penser.

(1) Si le bruit de l'assourdisseur est intense, la perception par l'oreille opposée est diminuée dans une certaine mesure par un mécanisme réflexe.

3^e EXPÉRIENCE SUR UN SUJET ATTEINT DE SURDITÉ TOTALE UNILATÉRALE AVEC INTÉGRITÉ DE L'AUTRE OREILLE — La voix de ces malades ne se distingue par aucun caractère particulièrement notable, contrairement à celle des sourds bilatéraux.

a. Application *simultanée* des assourdisseurs : la suppression artificielle de la seule oreille saine fait du sourd unilatéral un sourd bilatéral ; l'élévation de la voix est donc immédiate et considérable, comme par l'assourdissement *simultané* des oreilles d'un sujet entendant normalement. D'où l'on voit que, si nous nous bornions à cette expérience, rien ne permettrait de distinguer l'un de l'autre un sourd unilatéral d'un sujet entendant normalement ; on y arrive dans le deuxième temps de l'expérience.

b. On applique les appareils *l'un après l'autre et successivement* sur l'une, puis sur l'autre oreille, ou alternativement sur l'une et sur l'autre oreille :

1^o Assourdissement progressif (une oreille, puis l'autre) : soit une surdité droite ; le premier assourdisseur est à l'oreille droite, pas de changement. Le deuxième appareil est alors placé à l'oreille gauche, élévation.

2^o Assourdissement alternatif (une oreille ou bien l'autre) : c'est l'expérience précédente répétée avec un seul appareil. Soit toujours une surdité droite. L'appareil est placé à l'oreille droite, aucun effet. Je l'enlève et le place à l'oreille gauche : élévation.

J'aurais pu commencer par le sens inverse : le résultat serait le même, mais dans l'ordre inverse. Il y a une oreille pour laquelle l'assourdisseur est tout à fait inactif ou tout à fait actif.

Notons que ces deux résultats, le positif et le négatif, se complètent et qu'il est indispensable de les posséder tous les deux ; car supposons que nous ayons placé l'assourdisseur à l'oreille saine ; l'élévation de la voix qui suit aussitôt pourrait être prise pour celle qui succède assez souvent à l'assourdissement d'un *seul côté* chez un sujet normal.

Ainsi nous sommes en mesure de reconnaître en toute certitude une surdité unilatérale. Cette certitude se fonde sur

la comparaison des effets si différents de l'assourdisseur sur l'une et sur l'autre oreille.

Nous y gagnons encore de pouvoir distinguer le côté sourd, car on devine sans peine que c'est celui pour lequel l'assourdisseur est inefficace; la très simple expérience du début s'élève à la dignité d'un signe diagnostic.

..

Nous n'avons admis aux expériences précédentes que des cas schématiques, ce qui ne veut pas dire irréels : les surdités examinées avaient pour origine exclusive une lésion du labyrinthe cochléaire, et elles étaient de plus totales; telles, par exemple, des surdités traumatiques avec fracture de la capsule osseuse, des surdités syphilitiques. Toutes les surdités ne sont pas totales et d'origine labyrinthique; lésions de l'appareil transmetteur et lésions de l'appareil percepteur se combinent dans des proportions inégales pour aboutir à un même effet d'ensemble : l'abaissement de l'audition. Ces formes mixtes, par contre, vont rarement jusqu'à la surdité totale; ce sont donc des surdités partielles ou incomplètes.

Il était intéressant de savoir ce que devenaient les expériences précédentes répétées sur des sujets atteints de surdité incomplètes.

Sans rien préjuger des rectifications que des recherches ultérieures ne manqueront pas d'apporter aux données actuelles, nous croyons pouvoir résumer ces dernières en quelques formules très générales, qui n'ont d'autre prétention que de rester telles.

RÈGLE. — Les différences d'intensité de la voix provoquées par la manœuvre de l'assourdissement intermittent sont d'autant plus nettes que cet assourdissement est plus complet.

Cet énoncé suppose satisfaites les conditions suivantes :

1° *Conditions dépendant de l'appareil assourdisseur employé.* — Toutes choses égales d'ailleurs, plus le bruit de l'assourdisseur est intense, plus grande est l'élévation de l'intensité de la voix; ainsi certaines hypoacousies par altération de la transmission ne réagissent pas à un assourdissement

trop faible, ce qui pourrait induire en erreur sur le degré de l'audition restante. L'épreuve devient positive dès qu'on emploie un assourdissement plus fort. On ne devra donc jamais négliger de s'assurer que l'assourdissement est suffisant : par exemple, si on dispose d'un téléphone, avoir bien soin d'appliquer hermétiquement les récepteurs sur les pavillons.

L'existence de différents degrés dans l'assourdissement est aisément démontrable au moyen d'un appareil réglable : le téléphone assourdisseur, par exemple, dont on fait varier l'intensité du bruit en serrant plus ou moins le trembleur ou par la manœuvre du chariot; on met en évidence alors, sur le sujet normal, un véritable parallélisme entre le degré de l'assourdissement et celui de l'élévation de la voix, celle-ci montant progressivement jusqu'à atteindre l'intensité de la voix criée.

2° *Conditions dépendant de l'oreille qu'on assourdit.* — C'est la suite et le complément de ce qui précède, car, si l'appareil doit produire un bruit très intense, ce bruit est destiné à être entendu par l'oreille en expérience. Pour être perçu par cette oreille, le bruit emprunte le mode ordinaire de la conduction sonore : le mode aéro-tympanique (1), ce qui revient à dire que l'assourdissement sera d'autant plus facile — partant le signe plus sensible — que l'oreille assourdie s'écartera moins des conditions normales de l'audition. Ainsi un sujet dont le mécanisme auriculaire est aussi voisin que possible de la normale élève déjà la voix par l'assourdissement d'une seule oreille.

Un obstacle dans la transmission se traduit par une certaine résistance à l'assourdissement; par contre, une insuffisance de la perception est au contraire une circonstance favorable. Un assourdisseur, même d'une faible intensité, vient à bout d'un reste de perception auditive, à la condition que la transmission s'effectue suivant la formule physiologique.

3° *Dans le cas de surdité unilatérale, conditions dépendant de l'état de l'oreille examinée, celle qu'on assourdit*

(1) Il y a lieu de tenir compte aussi de la conduction par le pavillon (conduction cartilagineuse).

étant nécessairement supposée facilement assourdisable.

En d'autres termes, l'élévation de la voix est dans le rapport inverse de la facilité plus ou moins grande qu'éprouve le malade à entendre sa propre voix par *l'oreille restée libre* (celle qu'on examine). L'entend-il suffisamment? Le signe est faiblement positif ou nul. Plus mauvaise est la perception, plus considérable est l'élévation de la voix, jusqu'à la limite extrême réalisée par la surdité totale de l'oreille libre. On voit donc que l'élévation est inversement proportionnelle au degré de capacité d'audition de l'oreille non munie de l'appareil.

Or il y a deux manières de bien entendre sa propre voix :

1° Par conduction aérienne avec une oreille à transmetteur physiologiquement intact ; cet état correspond à la formule normale de l'audition : l'oreille est faite pour entendre par l'air ;

2° Par conduction cranio-tympanique, dans des conditions pathologiques particulières et encore incomplètement élucidées, mais se traduisant par une inversion de la formule normale. Ces états se trouvent réalisés chez certains sujets, sourds paracousiques (1), dont le transmetteur enraidit a perdu ses merveilleuses propriétés de suspension et de mobilité, qui le mettent en imminence physiologique d'oscillation pour des ébranlements de très faible énergie.

Ainsi nous relevons dans notre recueil d'observations celle d'une femme de 50 ans, atteinte depuis la puberté de surdité progressive (2) avec tous les caractères autrefois attribués par Bezold à l'affection désignée sous le nom d'otosclérose. Chez elle, l'effet des assourdisseurs est à peine appréciable. La malade, intelligente, nous déclare entendre nettement sa propre voix pendant l'assourdissement très intense et bilatéral : elle semble entendre en dedans ; la formule normale de l'audition est chez elle intervertie, mais le signe l'est aussi, puisqu'il est négatif ou à peu près négatif.

(1) Par sourds paracousiques, nous ne voulons pas dire atteints de paracousie de Willis, bien que celle-ci ne soit pas rare dans ces formes d'hypoacousie.

(2) Sans insuffisance labyrinthique cliniquement décelable.

Comme il y a deux manières de bien entendre sa propre voix, il y a aussi deux manières de l'entendre mal :

1° Par conduction aéro-tympanique quand la perception est défectueuse (lésions de l'appareil nerveux) ;

2° Par conduction cranio-tympanique quand l'effet des lésions du transmetteur, tendant à exagérer apparemment cette conduction, ne compense pas une perception qui devient de plus en plus déficiente.

La question se complique donc fortement dès qu'on passe de l'étude des surdités totales à celle des surdités partielles. L'examen d'un grand nombre de malades atteints de surdité partielle nous a conduit à penser que, cliniquement, les modifications dans l'intensité de la voix paraissent soumises à deux espèces d'influences :

A. Influence de la formule d'audition : est-elle normale ou inversée. On prévoit que cette considération tend à faire entrer en ligne un facteur important : le siège de la lésion ou des lésions ;

B. Dans le cas de surdité partielle unilatérale et pendant l'épreuve unilatérale (assourdissement de l'oreille saine ou moins sourde) : influence de la capacité d'audition de l'oreille la plus malade *évaluée pour la parole* indépendamment de toute épreuve par l'acoumètre ou le diapason. Ainsi un abaissement très prononcé de l'audition pour la voix chuchotée et *a fortiori* pour la voix haute crée les conditions les plus favorables à la manifestation du signe.

Or, rappelons le sens de la condition première : influence de la formule d'audition. Nous avons vu que le signe tend à devenir fortement positif quand la formule se rapproche de celle de l'audition normale ; mais cette formule d'audition normale se retrouve dans les surdités incomplètes d'origine labyrinthique, ou dans les surdités incomplètes par lésions combinées, mais *avec prépondérance* des lésions de l'appareil percepteur. Les malades atteints de pareilles lésions ne sont pas ou sont très peu paracousiques : la diminution de l'audition est surtout le fait de la lésion nerveuse ; celle de l'organe oscillant passe au second plan.

Rappelons aussi le sens de la condition seconde : l'état de

l'audition exprimée en valeur d'audition pour la parole.

Un abaissement considérable de l'audition pour la parole quand l'appareil de transmission est anatomiquement conservé correspond en général à des altérations notables de l'appareil nerveux ; mais alors, si la formule d'audition normale ou presque normale et l'abaissement de l'audition pour la parole sont les deux conditions qui règlent la plus ou moins grande facilité d'apparition du signe, cela reviendrait à dire que celle-ci est en grande partie liée au degré des altérations portant sur l'appareil nerveux. Inversement, une hypoacousie notable, mais avec signe de l'élévation vocale à peine positif, ou même négatif, devrait avoir sa cause prochaine dans un trouble de l'appareil de transmission, la lésion de l'appareil nerveux n'étant pas prédominante.

Ces déductions ne valent que dans les surdités partielles avec conservation de l'appareil de transmission. Nous tenons à ce que la question reste encore réservée pour les cas où la diminution de l'audition est le fait d'une élimination spontanée ou de l'exentération chirurgicale d'une partie importante de cet appareil.

Nous avons examiné, au point de vue particulier qui nous occupe, un certain nombre d'évidés. Il nous a paru que les résultats variaient avec les sujets et aussi avec l'ancienneté de l'acte opératoire.

Chez des évidés encore en cours de traitement ou récemment épidermisés, le signe est en général négatif ou faiblement positif, à moins que la fonction labyrinthique ne soit déjà compromise au moment de l'évidement ; il est alors fortement positif. Par contre, chez les évidés guéris depuis plusieurs mois en plusieurs années, il n'est pas rare, je dirais presque il est de règle, de trouver l'épreuve positive. On peut admettre que le degré des altérations cochléaires qui s'installent ou se complètent après l'opération de l'évidement n'est certainement pas étranger à la variabilité des résultats considérés en fonction du temps écoulé depuis l'opération.

Il est à observer aussi que les sujets atteints de lésion de la transmission et présentant à un haut degré le phénomène décrit sous le nom de paracousie de Willis élèvent anorma-

lement la voix par l'assourdissement et se comportent à cet égard comme des hypoacousiques labyrinthiques ou des sujets normaux ; la remarque est intéressante et à retenir : le bruit de l'assourdisseur développe la paracousie et permet sans doute une meilleure audition de ce bruit même, d'où retour partiel aux conditions de l'audition normale (audition aéro-tympanique), plus grande facilité de l'assourdissement et élévation de la voix.

Tous les hypoacousiques avec paracousie de Willis n'élèvent pas la voix par l'assourdissement, mais il est utile de connaître cette exception apparente.

* * *

Le brusque changement des caractères de la voix par l'assourdissement est l'effet de la perte du contrôle auditif ; le rapport entre les deux phénomènes est très constant.

Cette explication est exacte dans son ensemble, mais trop générale, car elle ne nous apprend pas pourquoi le changement de l'intensité s'effectue toujours dans le même sens, dans celui d'une augmentation. On peut admettre d'une manière plus précise que, si la voix d'un sujet artificiellement assourdi a tant de points de ressemblance avec celle d'un sourd labyrinthique, c'est qu'il se produit chez l'un comme chez l'autre un effort d'adaptation à des conditions nouvelles.

Le vacarme de l'assourdisseur supprime toute perception sonore autre que celle de son bruit propre. Le sujet en expérience qui n'entend pas mieux sa propre voix que les bruits extérieurs s'efforce de remédier à cette audition défailante en *augmentant* l'intensité du son glottique ; il se crie en quelque sorte à soi-même, comme on crie à l'oreille d'un sourd. Et de cette explication vraisemblable, encore que provisoire, on peut songer à apporter un commencement de preuve :

A. *Par les faits expérimentaux.* — Le parallélisme des deux phénomènes est remarquable, l'élévation de la voix progresse avec l'assourdissement. On met le fait en évidence :

Chez certains sujets à audition normale par l'assourdissement progressif en deux étapes : une oreille, puis l'autre ;

semi-sourd, puis sourd complet ; les deux états se succèdent dans le temps et se marquent par deux degrés d'élévation de la voix.

Autre preuve : au moyen d'un *appareil réglable et à effet croissant*, on assourdit non pas en deux temps séparés, mais en suivant une progression régulière : par exemple en serrant le trembleur ou en engainant les deux bobines de l'appareil téléphonique. L'expérience, pendant la lecture à haute voix, montre que le ton du début, le ton de la récitation, s'élève peu à peu jusqu'à atteindre celui de la voix criée : nous l'avons vu plus haut.

Au moment où l'assourdissement devient complet, aussi bien pour les sons transmis par conduction aéro-tympanique que pour ceux transmis par conduction cranio-tympanique, la régulation n'existe plus à proprement parler : elle ne s'effectue alors que par la notion confuse de l'effort musculaire phonatoire.

B. Les *faits d'observation clinique* parlent aussi en faveur de l'hypothèse de l'adaptation. L'observation montre que l'intensité de la voix apparaît comme tout à fait disproportionnée à son but dans deux catégories de malades : chez les sourds labyrinthiques bilatéraux qui élèvent trop la voix ; chez certains sourds paracousiques qui ne l'élèvent pas assez. C'est que, dans les deux cas, il paraît bien y avoir adaptation vocale, et ce que nous observons en est l'effet.

Rappelons ce que nous avons dit précédemment des deux manières d'entendre sa propre voix : de dehors en dedans pour une oreille normale et par la conduction aéro-tympanique ; de dedans en dehors, par conduction cranio-tympanique, pour une oreille pathologique frappée dans son appareil de transmission.

Des deux catégories de sourds, les uns (les labyrinthiques) crient parce qu'ils s'entendent aussi mal de dehors en dedans que de dedans en dehors ; l'appareil nerveux, point d'arrivée commun de la conduction par les deux modes, cranio-tympanique et aéro-tympanique, étant insuffisant, il ne sert de rien que l'un soit meilleur que l'autre ; l'audition par l'air et l'audition cranio-tympanique sont également mauvaises.

Les autres (les hypoacousiques par lésions de l'appareil de transmission) parlent bas, parce qu'ils sont mal renseignés sur la valeur de l'intensité utile du son vocal ; en effet, ils s'entendent aussi bien et même mieux de dedans en dehors que de dehors en dedans, car chez eux la transmission cranio-tympanique semble exaltée au détriment de l'aéro-tympanique.

Les effets de ces conditions paradoxales ne sont vraiment sensibles que si l'affection est bilatérale : une des deux oreilles étant normale ou presque normale suffit au contrôle vocal, tout au moins à celui de la voix parlée.

Ces expériences et les explications qu'on en donne mettent en pleine lumière le rôle dévolu à l'oreille acoustique dans la régulation de l'intensité de la voix ; et je me hâte d'ajouter qu'il ne s'agit pas précisément là d'une donnée très nouvelle. Les chanteurs savent depuis longtemps qu'une oreille qui entend mal empêche de chanter juste.

Au point de vue très spécial de l'assourdissement expérimental, il est difficile de ne pas voir un rapprochement entre le mécanisme des fonctions vestibulaires et celui des fonctions cochléaires.

Nous savons que les mouvements actifs de l'individu sont enregistrés, distingués, réglés dans leurs effets prochains par un réflexe à point de départ sensitif vestibulaire : c'est le mécanisme vestibulo-coordonateur des actions musculaires qui assure, pour une part importante, le maintien des équilibres statique et dynamique. Que l'appareil vestibulaire vienne à manquer à sa tâche (interruption du tractus vestibulaire), la permanence des états d'équilibre cesse d'exister, et ce trouble caractérise le vertige.

Semblablement, l'appareil cochléaire qui enregistre et distingue les propres sons vocaux du sujet aussi bien que les sonorités extérieures est le point de départ d'une action accommodative compliquée, dont l'aboutissant est à la musculature thoraco-laryngée. Cette action commande le mécanisme de l'adaptation vocale ; et, si la fonction cochléaire devient insuffisante, l'adaptation se ressent du trouble de l'organe sensitif périphérique.

Telle serait, dans ses grandes lignes, l'explication qui paraîtrait le mieux s'accorder avec les résultats expérimentaux et les faits d'observation.

..

Expériences et faits d'observation trouvent dès maintenant une application importante en matière d'expertise médico-légale (1).

On sait que toute surdité par traumatisme pose à l'expert deux questions :

1° La surdité est-elle ou n'est-elle pas ?

2° La surdité est-elle d'origine labyrinthique ?

Toutes les fois qu'il s'agit de faire la preuve d'un trouble sensoriel ou sensitif, il est avantageux, et surtout beaucoup plus sûr, de ne pas s'appuyer sur des symptômes purement subjectifs ; il vaut mieux s'adresser à des signes objectifs, dont l'expérience nous a démontré que l'apparition est dans un rapport constant avec ces troubles sensoriels ou sensitifs.

Possédons-nous en séméiotique auriculaire des signes objectifs capables de satisfaire à ces conditions ? On l'a cru, après les travaux de ces dernières années sur le nystagmus réflexe provoqué. On a pensé que la présence ou la disparition du réflexe nystagmique était pathognomonique de la conservation ou de la mort de tout le labyrinthe. Or il n'en est rien.

(1) Voir, pour plus de détails : *Thèse d'HALPHEN*, Paris, 1910. Ces applications médico-légales ont été, de la part de M. Barany, l'objet de recherches de contrôle qui l'ont conduit à faire connaître la technique générale de notre méthode à la Société allemande d'otologie en mai 1910. Certains journaux ont tronqué le compte rendu officiel de cette séance, de telle manière qu'à leur lecture on reste sous l'impression que cet auteur aurait eu la première idée de la méthode. Les lecteurs voudront bien se rapporter à la note que j'ai publiée dans le numéro de juillet 1910 des *Annales*. Ils trouveront dans le numéro suivant la réponse de M. Barany, qui n'a d'ailleurs jamais songé à me contester la priorité de la découverte dont il avait entendu parler par un de ses élèves. Il est curieux de constater que le compte rendu de cette polémique est présenté par les analystes des mêmes journaux sous une étrange forme. On semble y confondre l'invention de l'appareil à bruit qui appartient à M. Barany avec l'élevation de la voix qui appartient à M. Lombard. L'inventeur de l'aiguille de couturière n'avait pourtant pas imaginé du même coup la suture des vaisseaux...

Quand on cherche à démontrer la valeur fonctionnelle d'une oreille par le seul état de ses réactions vestibulaires, on sous-entend comme établies par avance deux propositions.

La première, c'est que les lésions traumatiques du labyrinthe intéressent toujours nécessairement l'appareil vestibulaire. La deuxième, c'est que, cet appareil vestibulaire étant détruit ou gravement compromis, le cochléaire doit l'être aussi.

Or ni l'une ni l'autre de ces propositions ne sont soutenables. Les observations de traumatismes craniens, suivis de surdité avec conservation de l'excitabilité vestibulaire, ne sont pas des raretés. Et si la littérature n'en est pas plus riche, la faute en est précisément à l'erreur d'interprétation qui a donné au réflexe nystagmique une valeur diagnostique trop étendue. Ce signe est à la vérité un admirable moyen de reconnaître l'intégrité fonctionnelle de l'appareil vestibulaire, mais il perd en grande partie sa valeur pour le diagnostic des lésions frappant l'oreille acoustique proprement dite. La conclusion, c'est qu'il faut chercher dans la sémiologie de l'appareil cochléaire seul la preuve de ses altérations. Nous laissons de côté bien entendu les signes fonctionnels, tels que les bruits subjectifs : ils échappent à toute espèce de contrôle : restent les épreuves acoumétriques. Or, dans le cas particulier de l'expertise, il n'en est pas une seule capable de soutenir la comparaison avec le signe du nystagmus réflexe appliqué à la recherche des altérations vestibulaires. Leur objectivité n'est que relative ; celle du nystagmus réflexe est absolue. Admettons que ces épreuves acoumétriques aboutissent à des résultats tous concordants : un diagnostic positif et précis peut s'autoriser de cette concordance. Mais cette concordance est indispensable.

Aussi les a-t-on multipliées pour essayer d'accumuler les probabilités. Les plus habituellement employées peuvent être groupées en deux catégories :

Dans la première, se rangent toutes celles qui, s'édifiant sur des faits d'observation connue, ont pour caractéristique fondamentale de vérifier si les réponses du sujet s'accordent avec les résultats prévus et attendus.

A la deuxième, appartiennent les épreuves dites de surprise.

Deux seulement méritent le qualificatif d'objectives au sens strict du mot : c'est l'épreuve de la pupille et celle de Leutpold ; elles ne sont pas toujours aisées à réussir.

Il nous a paru que les modifications de la voix parlée pendant l'assourdissement pouvaient s'adapter à la reconnaissance rapide de la surdité totale ou grave, et plus particulièrement dans les examens d'expertise, en raison même de la grande simplicité de l'épreuve, de sa constance et surtout de son objectivité. Nous n'avons en vue dans ce qui va suivre que le diagnostic de la surdité chez les simulateurs conscients ; il ne nous a pas été donné jusqu'à présent d'examiner à ce point de vue des sujets appartenant à la catégorie de ceux qu'on peut dénommer simulateurs inconscients.

Pour éviter toute erreur d'interprétation par excès ou par défaut, il est de première importance de s'entendre au préalable sur la *portée* et le *sens* qu'on est en droit d'accorder à l'épreuve.

Je laisse de côté les surdités bilatérales, assez rares dans la pratique, pour ne m'occuper ici que des surdités unilatérales, de beaucoup les plus fréquentes parmi les affections de l'organe auditif qui viennent à l'expertise et de beaucoup aussi les plus difficiles à reconnaître.

Il s'agit dans la règle de lésions ayant détruit en totalité l'appareil cochléaire ou d'attritions profondes, irréversibles, aboutissant à la perte définitive de la fonction.

Ces formes de surdité méritent doublement de fixer l'attention : d'abord parce qu'elles sont graves et se soldent par une indemnité ; en second lieu, parce que la variété unilatérale est l'affection auriculaire particulièrement choisie par les simulateurs (1). En effet, l'intégrité de l'autre oreille rend vaine toute surveillance, et l'absence de signes otoscopiques est, dans l'esprit de l'accidenté, très propre à tenir le diagnostic en échec.

Nous avons dit qu'il fallait s'entendre sur la portée des

(1) V. LERMOYER, *Annales des mal. de l'oreille*, etc., 1909.

épreuves. Considérons en effet trois des éventualités les plus fréquentes :

1° Surdité unilatérale chez un sujet dont les deux oreilles étaient antérieurement saines ;

2° Surdité totale unilatérale, frappant un sujet dont l'oreille atteinte n'était plus tout à fait intacte, l'autre étant saine ;

3° Surdité unilatérale frappant un sujet dont ni l'une ni l'autre oreille n'étaient antérieurement tout à fait intactes.

Qu'on envisage l'une ou l'autre de ces éventualités, le premier point à fixer, c'est que l'oreille du côté opposé au côté traumatisé soit assourdissable. Nous savons ce qu'il faut entendre par ce mot « assourdissable ». L'étude des surdités partielles nous a renseigné sur sa signification et nous a permis de définir les  tats physiologiques qui conditionnent l'assourdissement. Je tiens seulement à faire remarquer encore qu'une oreille hypoacousique est assourdissable au même titre qu'une oreille normale, sous réserve que la formule d'audition (1) se rapproche autant que possible de la formule normale.

Les faits des deux premiers groupes échappent à ces restrictions, puisque l'oreille du côté opposé est supposée intacte : seuls doivent être examinés à ce point de vue les faits du troisième groupe. Aussi est-il prudent de commencer toujours par l'analyse de l'oreille du côté opposé. Cette analyse s'accomplit d'ailleurs le plus souvent sans difficulté, à l'abri même des causes d'erreurs qu'on est toujours fondé à craindre dès qu'on fait porter les recherches sur l'oreille intéressée. On proc dera avec méthode.

Examen objectif d'abord.

 valuation du degré d'audition pour la parole haute et basse et surtout rapprochement comparatif des conceptions cranio-tympanique et aéro-tympanique. Cette dernière partie de l'analyse tend, en fin de compte, à rechercher le degré de paracousie possible. Il est évident que, si l'oreille n'est pas assourdissable, l'épreuve ne tient plus, puisqu'elle est fondée tout entière sur la possibilité même de l'assourdissement

(1) Voir plus haut ce qu'il faut entendre ici par formule d'audition.

expérimental ; c'est la limitation qu'il convient de lui donner et qui en détermine la portée. Savoir : *l'épreuve exige que l'oreille du côté opposé soit assourdissable.*

Il est indispensable aussi d'en préciser le sens.

L'oreille du côté opposé est donc reconnue assourdissable ; la conduite de l'épreuve est alors rigoureusement calquée sur les expériences simples exposées plus haut.

Quelle signification comportent-elles ?

Que le traumatisme frappe une oreille intacte ou atteinte de lésions anciennes, l'effet définitif est le même au double point de vue anatomique et fonctionnel : c'est la destruction de l'appareil cochléaire et, comme conséquence, la surdité.

Donc tout résultat *négatif* obtenu par l'assourdissement de l'oreille non traumatisée laisse le choix entre deux hypothèses : ou le sujet entend avec une oreille parfaitement intacte, et, s'il la dit sourde, il simule ; ou il entend encore avec une oreille hypoacousique, mais non sourde, et, s'il la dit sourde, il exagère.

Inversement, un résultat *positif* voudra dire surdité totale ou très grave, *sans rien préjuger de l'origine traumatique ou spontanée de cette surdité.*

En résumé, un signe *positif* indique que l'oreille incriminée est atteinte de surdité totale ou très grave ; un signe *négatif*, qu'elle est saine ou simplement hypoacousique.

En s'en tenant à ces conclusions, que rien n'empêche de vérifier par les épreuves acoumétriques habituelles, on ne s'écartera jamais du domaine des certitudes. Des recherches, actuellement en cours, nous apprendrons si nous sommes autorisés à étendre la signification de l'épreuve au diagnostic du siège des lésions ; l'étude des surdités partielles nous le laisse entrevoir.

NOTE SUR L'ORIGINE ENDONASALE DU LUPUS DE LA FACE.

Par **E. PISTRE** (de Grenoble).

L'article paru récemment dans les *Annales* (oct. 1910), sous la signature de M. Dresch (de Toulouse), remet à l'ordre du jour cette question encore très controversée du lupus nasal et rouvre une discussion qui semblait sommeiller depuis plusieurs années. Déjà Masséi vient en effet de répondre à l'auteur (*Archiv. ital. di laring.*, 1911, n° 1) en maintenant son désir de voir disparaître de la terminologie médicale le mot *lupus*, qui fait, dit-il, double emploi avec celui de tuberculose. On se souvient que cette proposition, déjà faite en 1904, avait été combattue par Escat.

Me réservant de revenir plus longuement sur ce thème important dans un prochain article, je n'y consacrerai qu'une partie de cette note ; ce que je veux surtout aujourd'hui, c'est protester contre l'oubli fait par M. Dresch de tout un lot de publications très intéressantes émanées de l'école bordelaise. Certes, je respecte le légitime désir qu'a eu l'auteur de mettre en valeur les travaux de la Faculté de Toulouse, mais il ne devait pas lui faire perdre de vue qu'avant M. Audry et, plus tard, concurremment avec lui, d'autres cliniciens s'intéressaient à la question de l'origine endonasale du *lupus*, et que ces recherches, publiées en leur temps, méritaient tout au moins une mention.

C'est donc en grande partie pour rétablir la chronologie bibliographique très écourtée dans l'article visé et revendiquer en faveur de nos maîtres de Bordeaux une priorité, juste hommage rendu à leur mérite et à leurs travaux, que je me permets de publier cette note.

Un coup d'œil jeté dans le passé nous montre que la corrélation du lupus de la pituitaire avec celui du voile avait été nettement notée par Arnal en 1832, et avec la peau de la face par Rayer et Cazenave en 1835. Dans plusieurs publications, Bazin a soutenu la même idée à partir de 1858, puis Constantin Paul en 1872, Profeta en 1878 et enfin Brissaud en 1882 dans le Dictionnaire de Jaccoud (1).

En 1888, Raulin, dans la thèse qu'il élabora sous l'inspiration de Moure, ne croit pas à la marche constante du lupus vers l'extérieur; cependant il l'admet: « La peau, dans la majorité des cas, est saine lorsqu'on assiste à la naissance du lupus sur la muqueuse; mais, plus tard, lorsque les lésions deviennent extranasales, il est assez fréquent de le voir se propager sur la peau » (p. 51).

En 1889, Moure fait à Bordeaux une leçon sur le lupus primitif des fosses nasales, publiée dans les *Archivos* de Botey (1890, mai-juin, p. 75), dans laquelle il dit: « Très fréquente est sa marche vers l'extérieur, vers la peau du visage. »

On voit donc que c'est Moure qui a inauguré l'ère *rhinologique* de la question.

L'année suivante, à Bordeaux encore, le Pr Arnozan fait paraître dans les *Archives d'ophtalmologie* (1891, p. 496) un travail intitulé: « Du lupus de la joue consécutif aux lésions tuberculeuses de la muqueuse nasale par l'intermédiaire d'une fistule lacrymale ». Il y publie trois observations très complètes à propos desquelles il entre dans une longue discussion pour appuyer sa thèse. Il y dit notamment: « Les premiers phénomènes qui ont frappé nos malades, avant leur dacryocystite, au début même de leur affection, ce sont des phénomènes relevant des fonctions nasales. » Et plus loin: « Ainsi, nos malades ont de la tuberculose nasale, et les commémoratifs nous apprennent que c'est par cette tuberculose que leur maladie a commencé. » Enfin: il dit dans ses conclusions:

(1) Ce petit historique est emprunté à la thèse de Raulin.

« Dans ce cas la fistule (lacrymale) n'est que la conséquence éloignée d'une lésion tuberculeuse de la muqueuse nasale. »

Arnozan a donc produit le premier article bordelais sur ce point spécial de relation pathogénique entre le lupus muqueux et cutané, deux ans avant que le P^r Audry n'ait commencé ses recherches avec Escat.

En janvier 1895, onze mois avant la première communication d'Audry, Dubreuilh et Frèche écrivaient dans le *Compte rendu de la clinique de dermatologie* (in *Archives cliniques de Bordeaux*) : « Le plus souvent, il s'agissait de lupus de la face, et l'étude des observations montre qu'il est presque toujours secondaire à une lésion des muqueuses ou des ganglions... La plupart du temps, il paraît avoir été consécutif à des lésions tuberculeuses de la muqueuse des fosses nasales qui ont envahi la peau secondairement par les narines ou les voies lacrymales. »

Quinze mois après, le même Frèche, en collaboration avec Meneau, revenait sur cette question devant la Société française de dermatologie (26 avril 1897, in *Ann. de dermat.*, p. 516) et y affirmait sa conviction : « Nous sommes cependant convaincus que la fréquence du lupus débutant par la muqueuse nasale serait encore plus élevée, contrairement aux opinions des anciens auteurs, d'une part, si l'on pouvait déterminer d'une façon précise le lupus de la muqueuse nasale à son début par l'examen rhinoscopique et, de l'autre, cet examen rhinoscopique était systématiquement pratiqué dans tous les cas. »

De son côté, Dubreuilh, depuis longtemps acquis aux idées nouvelles, saisisait toute occasion pour les diffuser dans le public médical. En 1898, il écrivait (*Traité des maladies de l'enfance*, t. V) : « Dans presque tous les cas, le lupus cutané s'est montré dans l'angle interne de l'œil ou au voisinage des narines et a été précédé par une période plus ou moins longue d'hypersécrétion nasale, d'obstruction des fosses nasales avec expulsion de croûtes épaisses, souvent de larmoiement. » En 1899, il dit dans son *Précis de la collection Testut* (p. 404) : « Un très grand nombre de lupus de la face ont pour origine un coryza chronique tuberculeux. » Enfin, en 1900, aux grandes assises internationales de dermatologie, il renouvelle publi-

quement sa profession de foi : « Le lupus cutané de la face est donc habituellement précédé par des lésions nasales et débute au voisinage des points où la muqueuse des fosses nasales se continue avec la peau. » (*C. R.* par Thibierge ; Masson, édit., t. IX, p. 193).

Liaras, interne de Moure, ayant choisi pour sujet de sa belle thèse : *De l'infection tuberculeuse par la voie nasale* (Bordeaux, oct. 1899, n° 1), touche incidemment à la question qui nous occupe et, à propos d'une observation personnelle de lupus cutané s'accompagnant d'un coryza suspect, dit : « Nous nous sommes alors souvenu des travaux de notre éminent dermatologiste Dubreuilh et des idées de notre maître, M. Moure ; ces deux auteurs croient en effet à l'origine endonasale du lupus de la face » (p. 42).

Enfin, au Congrès de Madrid, en 1903, Moure reprend en partie cette question du lupus des fosses nasales dont il décrit une forme nouvelle et insidieuse : le coryza pseudo-atrophique ; car, quoi qu'en puisse penser M. Dresch, ce coryza est bien la première étape, parfois très longtemps stationnaire, du lupus, et l'auteur s'est chargé lui-même de nous le dire : « C'est pour ainsi dire le stade initial du lupus de la membrane de Schneider. »

De cet exposé, que je m'excuse d'avoir fait si long, il ressort sans conteste que, dès 1889, le Dr Moure et, peu de temps après lui, Arnozan et Dubreuilh enseignaient les notions vulgarisées quelques années plus tard par M. Audry. Je ne veux pas insister, mais il était bon, me semble-t-il, qu'une voix, mue par la reconnaissance pour ses anciens maîtres, vint *reddere Cæsari*...

Ce point de priorité bien établi, reconnaissons toute la valeur de la contribution que le Dr Audry et M. Escat ont apportée à la connaissance des rapports entre le lupus des fosses nasales et celui de la face ; au point que, si on veut bien se rappeler le mot célèbre : *Le mérite d'une découverte doit moins revenir à celui qui l'a faite qu'à celui qui en a le mieux su tirer parti et montrer l'importance pratique*, — il est incontestable que c'est le nom d'Audry qui doit rester attaché à la question.

Ce n'est pas à dire, cependant, que les idées des maîtres de l'Hôtel-Dieu de Toulouse soient acceptées dans leur intégralité par tous les rhinologistes et les dermatologistes ; et notamment la forme d'affirmation absolue, sans restriction ni exception, qu'ils ont donnée aux aphorismes résumant leur pensée, paraît à beaucoup contenir une part évidente d'exagération.

Il faut rappeler que ces formules :

Le lupus de la face est toujours secondaire au lupus de la pituitaire (loi d'Escat) ;

Le lupus des muqueuses conjonctivo-bucco-pharyngolaryngées est toujours secondaire au lupus de la pituitaire (loi d'Escat), éliminant *a priori* la possibilité d'infections lupiques primitives de la peau de la face ou des muqueuses pharyngienne et laryngée et, par déduction implicite, celle du lupus secondaire de la pituitaire. Or des exemples de pareille infection existent dans la littérature et en nombre assez élevé, rapportés par des observateurs de valeur. D'autre part, les anamnestiques des lupiques et l'auscultation de leurs poumons décèlent dans ces organes des lésions fréquentes de tuberculose, guérie ou en activité, antérieures à l'apparition du coryza lupique ; et les observations contenues dans les thèses dermatologiques sur le lupus notent souvent cette coexistence.

Pourquoi, en effet, malgré sa plus grande exposition aux infections exogènes, la membrane de Schneider aurait-elle le triste privilège d'être la seule porte d'entrée du lupus ? Rien, ni dans sa constitution ni dans son fonctionnement ne permet de le lui accorder. Qu'on n'invoque pas surtout le pouvoir bactéricide du mucus nasal, qui serait momentanément inhibé ou amoindri, ce pouvoir, d'ailleurs assez obscur et par trop éclectique, entre les divers agents microbiens, ayant souvent été mis en doute et même formellement nié par des expérimentateurs plus récents que Lermoyez, Würtz et Piaget (Thomson et Hewlett, Park et Wright, Klemperer, Schousbæw, etc.).

En réalité, la question a été déplacée de son véritable terrain. Puisque, comme le remarque justement M. Dresch,

il n'y a pas de bacille de Koch d'espèces différentes, mais que la résistance est mieux organisée dans la pituitaire, il faut rechercher à quoi cette muqueuse doit son pouvoir atténuant et voir ensuite si d'autres muqueuses, la peau, les ganglions lymphatiques et même le tissu osseux (puisque dans tous ces organes la tuberculose a une allure torpide bien nette, contrastant avec la virulence de ses localisations viscérales) ne possèdent pas eux aussi les éléments de cette atténuation de toxicité.

Je ne peux pas m'étendre longuement ici sur cette question, réservant des développements plus longs pour l'article dont j'ai déjà parlé, mais il n'est pas difficile de démontrer que le pouvoir atténuant d'un tissu vis-à-vis de toute infection (tuberculose, diphtérie, syphilis, (1), est fonction de sa richesse en vaisseaux lymphatiques. Cette proposition, intimement liée à la théorie de la phagocytose, est aussi ancienne qu'elle est, on peut dire, indiscutée à l'heure actuelle. Il n'y a donc qu'à relire dans les ouvrages d'anatomie, complétés par des recherches récentes (Marc-André pour les fosses nasales, Cunéo pour le larynx) la répartition du tissu lymphatique dans les organes visés (peau et muqueuses). On chercherait en vain, dans toute autre partie du corps, une trame lymphatique aussi serrée, une distribution de tissu adénoïde aussi largement dispensée par la nature que dans la face et le cou. Cette accumulation des troupes aux avant-postes des voies respiratoires ne va pas sans une certaine pauvreté des points plus profondément situés, comme le larynx et les poumons, nettement déshérités à ce point de vue. Il n'est donc nullement surprenant de voir, suivant pas à pas la diminution des moyens de défense, la fréquence du lupus décroître et celle de la tuberculose augmenter à mesure que nous descendons le long de l'arbre aérien. On peut très grossièrement schématiser cette idée ainsi :

(1) Pour la syphilis, ce fait peut paraître moins évident que pour d'autres infections. Cependant Hallopeau (*Acad. des sciences*, 23 mai 1910), à propos de l'évolution du tréponème pâle dans l'organisme, a dit : « Les ganglions forment une étape dans laquelle les tréponèmes suractifs font place à des tréponèmes de virulence atténuée. »

Inversement, on peut voir dans la tuberculose pulmonaire gagnant secondairement les voies respiratoires supérieures un exemple frappant de l'importance de ce pouvoir atténuant ; car, si dans le larynx le bacille de Koch, véhiculé par les crachats, peut produire la tuberculose classique, ulcéro-œdémateuse, puis nécrotique, dans le pharynx ou dans les fosses nasales il n'engendrera plus que du lupus, si les moyens de défense biologique du sujet sont suffisants ; dans le cas contraire seulement et pendant la cachexie terminale, on assistera à l'éclosion d'une miliaire aiguë ou de l'ulcération bien connue. Et certes on ne peut guère invoquer ici l'état saprophytique du bacille dans l'air atmosphérique, puisqu'il vient de faire la preuve de sa virulence aux dépens du parenchyme pulmonaire.

Comme on pourrait faire des remarques analogues sur la richesse de la peau, des ganglions lymphatiques et de la moelle osseuse en éléments lymphatiques, il découle en toute logique de ce qui précède que l'atténuation de la virulence du bacille de Koch (et de nombreux germes divers), autrement dit l'apparition de lupus au lieu et place de tuberculose, peut se faire en tout point de l'organisme abondamment pourvu de tissu lymphoïde (fibro-muqueuses et tégument externe).

Mais, si la peau jouit de ce privilège, comment continuer à invoquer le mystérieux pouvoir bactéricide du mucus nasal, de la salive ou des larmes ? C'est donc bien à la lymphe seule qu'est dévolue cette fonction de défense dont, jusqu'à présent, on n'a pas complètement élucidé le mode d'action. Peut-être, à la lumière de tous les travaux récents sur le mécanisme de l'immunité, sommes-nous à la veille de le connaître. Il semble, en effet, d'ores et déjà probable que la lymphe charrie des colloïdes nombreux, voire même des complexes de colloïdes (agglutinines, précipitines, antitoxines, bactériolysines) ayant une action phagogène très marquée et dont la production dans le sérum sanguin est activée par la présence de lipoides provenant des organes hématopoiétiques (foie, rate, moelle osseuse, etc.).

Le début de l'envahissement tuberculeux par les fosses nasales paraît donc être un phénomène *fréquent*, et la

longue statistique qu'apporte M. Dresch ferait cesser les dernières hésitations si la chose était encore mise en doute. Mais il ne faut pas pousser l'idée trop loin, car, à vouloir ériger ce fait en loi, à vouloir d'une fréquence faire une

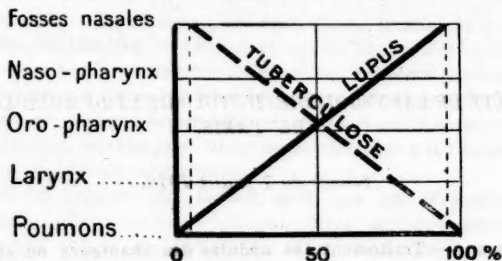


Fig. 1.

règle absolue, on outrepassé la réalité. Après avoir longtemps considéré le lupus primitif de la pituitaire comme très rare, on voudrait maintenant nier l'existence du lupus primitif de la face. La vérité paraît également distante de ces deux extrêmes, puisque les lois énoncées par Audry et Escat sont parfois démenties par les faits. Il ne peut d'ailleurs pas, en biologie, y avoir de lois, au sens propre du mot, tout au plus des rapports de fréquence entre certaines causes et certains effets. Lebert l'avait bien remarqué lorsque déjà, vers 1850, il écrivait dans son *Livre des maladies cancéreuses* : « Les législateurs en pathologie perdent tous les jours du terrain. » Les phénomènes vitaux, en effet, bien que suivant toujours des processus généraux identiques, sont, dans le détail, trop divers et trop variables pour être coulés dans le moule d'une loi créée par l'homme de toutes pièces.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS.

Séance du 7 juillet 1910.

KOENIG. — **Traitement des nodules des chanteurs ou autres excroissances des cordes vocales par la galvano-cautérisation. Nouveau cautère protégé.** — L'auteur est en faveur de la galvano-cautérisation des nodules et des excroissances des cordes vocales comme étant préférable et plus facile que l'ablation à la pince ou à la double curette. Elle permet de limiter exactement l'intervention et d'enlever juste ce qu'il faut et rien de plus, ce qui chez le chanteur est très important. La cautérisation protège la corde en oblitérant les vaisseaux sanguins et lymphatiques contre les infections, grippales ou autres, pouvant se produire les jours suivant l'ablation sanglante, comme l'auteur a pu en observer un cas où l'infiltration fut énorme. La cautérisation lui donna de très bons résultats chez trois ténors.

L'auteur montre les cautères protégés dont il se sert. Il montre également son spéculum rétracteur du lambeau de la résection sous-muqueuse de la cloison modifié en ce sens que la tige flexible est mobile dans une gaine permettant une pénétration plus ou moins grande.

VIOLLET a eu plusieurs fois l'occasion de faire des cautérisations de nodules au galvano ; en limitant son action strictement au point saillant, il n'a eu aucun phénomène inflammatoire ni cicatrice visible. Récemment il a eu l'occasion de cautériser simultanément deux nodules symétriques par le fait de la contraction de la glotte.

ROBERT FOY présente plusieurs ozéneux guéris par sa méthode de rééducation respiratoire.

MAHU a confié depuis quatre mois à M. Foy plusieurs malades qu'il a suivis régulièrement avec lui. Sans préjuger de l'avenir, il

affirme dès maintenant le fait suivant : ces malades qui, pendant ce temps, n'ont suivi aucun autre traitement, ont été rapidement soulagés ; la muqueuse redevint rose et humide, les croûtes et la fétidité disparurent.

FOURNÉ. — Thyrotomie pour épithélioma localisé de la corde gauche ; fulguration. — Le malade, âgé de 70 ans, a été opéré il y a un an. Pas de section cricoïdienne. Pas de suture thyroïdienne et réunion par première intention sans emphysème sous-cutané. Apparition post-opératoire tardive et disparition spontanée d'un gros polype intralaryngé dû vraisemblablement à la fulguration. Pas de récurrence au bout d'un an.

FOURNÉ présente une malade de 34 ans qui offre un ruban muqueux, mince, haut de 4 à 5 millimètres, implanté perpendiculairement sur la voûte pharyngée et reliant les deux bourrelets tubaires.

MAHU. — 1° Quatre opérés de sinusite maxillaire chronique par voie nasale suivant son procédé, et actuellement guéris depuis longtemps. Il attire l'attention, en premier lieu, sur la possibilité d'obtenir, dans certains cas, la cure radicale de sinusites maxillaires chroniques par ce procédé extrêmement simple, et, en second lieu, *sur l'absence totale de croûtes* chez les quatre malades en question, chez lesquels la moitié antérieure ou même la totalité du cornet inférieur avait été supprimée.

2° Un opéré de sinusite frontale double actuellement guéri. La cloison intersinusale était intacte, et l'infection était passée d'un sinus à l'autre par la voie d'une cellule ethmoïdo-frontale, véritable diverticulum sinusal inférieur qui existait à la fois des deux côtés. Le sinus droit, énorme, s'étendait jusqu'à la moitié du front. L'ethmoïde paraissant indemne, Mahu fit d'abord une double opération d'Ogston-Luc ; mais, à la suite de deux récurrences, il dut pratiquer un double Kùhnt, avec suppression de la cloison, pour obtenir la guérison définitive.

Séance du 10 novembre 1910.

NEPVEU. — Sur les polypes choano-maxillaires : Observation d'un cas coïncidant avec un fibro-myxome choanal. — Collégien de 14 ans présentant, sept mois après une sinusite maxillaire, un polype kystique du cavum s'insérant par un long pédicule à travers

l'ostium dans le sinus maxillaire. Au moment de l'ablation, sensation d'arrachement dans la joue et écoulement de liquide. Récidive. Au bout d'un mois, lors de la deuxième intervention, constatation en outre d'un autre polype non kystique du cavum inséré à l'extrémité postérieure du méat moyen. Ablation. Guérison.

Histologie du premier polype : paroi externe formée par une assise épithéliale ciliée, paroi du kyste sans couche épithéliale avec seulement une densification du tissu conjonctif.

L'auteur fait remarquer l'analogie de ce cas avec les faits signalés par Killian, Lermoyez, Escat, Viollet, Aboulker. Néanmoins, la coïncidence dans le cavum d'un polype inséré sur place avec un polype à insertion intramaxillaire n'avait pas encore été signalée. Il semble à l'auteur qu'il y aurait avantage à adopter pour les *fibro-myxomes* à insertion sinusale l'étiquette abrégée de *polypes choano-maxillaires* qui les distinguerait nettement des polypes choanaux habituels.

GEORGES LAURENS. — Pseudo-méningite otogène. Un cas d'actinobacillose humaine. — Observation d'un enfant que je trépanais d'une mastoïdite classique et chez lequel la convalescence opératoire était régulière : le petit malade était sur le point de sortir et de reprendre sa vie antérieure, lorsque brusquement le neuvième jour après l'intervention éclatent des symptômes méningés.

Kernig, raideur de la nuque, torpeur cérébrale, céphalée atroce, troubles digestifs, etc. : le tableau de la méningite était presque au complet, sauf la température et le pouls, qui restaient normaux.

Il ne pouvait être question d'une méningite otique, en raison de l'absence de toute réaction auriculaire. Le diagnostic était fort hésitant entre méningite tuberculeuse (le père et la mère de l'enfant étaient morts bacillaires), ou accidents méningés syphilitiques (l'enfant étant le premier né après six, cinq fausses couches antérieures).

L'enfant fut soumis au traitement mercuriel ; deux ponctions lombaires, à quatre jours d'intervalle, furent pratiquées, et la seconde fut suivie d'une amélioration rapide dans l'état cérébral qui aboutit à la guérison définitive.

La nature de la réaction méningée fut déterminée par les recherches de MM. Ravaut et Pinoy, qui trouvèrent dans les cultures du liquide céphalo-rachidien la présence d'un bacille caractéristique, que l'on rencontre habituellement dans l'Amérique du Sud chez

les bovidés atteints d'actinobacillose. Or le petit malade était précisément originaire de l'Argentine. Les préparations furent envoyées à Lignières, à Buenos-Ayres, qui déclara que l'on se trouvait nettement en présence d'un cas d'actinobacillose humaine. A MM. Ravaut et Pinoy appartiendront donc le grand mérite d'avoir, les premiers, en France, rencontré cette affection chez l'homme. J'ai simplement rapporté le cas pour montrer la grande difficulté du diagnostic, au point de vue auriculaire.

GASTON POYET. — Extraction d'un corps étranger du larynx chez un nourrisson. — Sa présence fut constatée facilement par la laryngoscopie directe. Difficultés de l'extraction dues à la nature du corps étranger; il s'agit, en effet, d'une broche fixée au niveau des cordes vocales par son épingle.

On dut pratiquer pour l'extraire une véritable version; les suites furent excellentes.

L'auteur insiste : 1° sur les dimensions volumineuses du corps étranger comparativement à celles du larynx d'un enfant de quatre mois ;

2° Sur la tolérance de cet organe à cet âge (le corps étranger ayant pu rester enclavé pendant vingt-quatre heures sans qu'on ait été forcé de recourir à la trachéotomie).

PAUL LAURENS. — Technique de l'anesthésie régionale de l'amygdale à la cocaïne. — A employer pour les incisions : morcellements, ablation à l'anse chaude ou à l'anse froide chez des sujets au-dessus de 15 ans.

Premier temps : badigeonnage de la surface amygdalienne, du pilier antérieur et du sillon glosso-pharyngien avec une solution de cocaïne à 4 p. 10.

Deuxième temps : instillation intracryptique avec la seringue laryngienne de Simal modifiée pour cet usage de solution à 4 p. 50.

Troisième temps : 1° injection interstitielle de cocaïne à 4 p. 100, avec la même seringue à laquelle s'adapte une aiguille très fine de Pravaz; piquer d'abord dans la face antérieure à travers le pilier antérieur; 2° dans le pôle supérieur en pénétrant dans le pédicule; 3° au centre de l'amygdale en se dirigeant vers le pôle inférieur. Employer pour chaque piqure 4 p. 3 de centimètre cube de solution. Attendre que la pâleur locale ait disparu pour opérer.

CORNET a essayé d'obtenir l'anesthésie de l'amygdale à l'aide d'injections de cocaïne pratiquées dans la profondeur de la ton-

sille, au niveau de son extrémité supérieure, de sa partie moyenne et de son pôle inférieur. Les injections étaient pratiquées au moyen d'une seringue de Pravaz ordinaire. L'anesthésie obtenue, excellente lorsqu'on pratiquait ensuite le morcellement, a toujours été incomplète dans l'amygdalectomie à l'anse froide suivant la technique de Vacher. C'est que, dans ce procédé, les parties molles péritonsillaires, *non anesthésiées*, sont fortement tiraillées pendant la constriction et la section de l'amygdale. Il semble donc difficile à M. Cornet d'obtenir l'anesthésie locale complète dans ce procédé d'amygdalotomie, qui, s'il est assez douloureux, lui semble par ailleurs être le procédé de choix.

G. A. WEILL. — Les lavages transmésatriques du sinus maxillaire par une canule à demeure. — A la période initiale du traitement, les ponctions suivies de lavages sont indiquées formellement dans les suppurations du sinus maxillaire.

Pour diverses raisons, ces ponctions répétées peuvent être mal acceptées. Livrer au malade le soin de faire ces lavages en recherchant la perforation première est impossible; nous-mêmes sommes souvent assez gênés pour retrouver l'orifice qu'a fait le trocart deux ou trois jours avant.

La canule mésatrique dont je conseille l'emploi « à demeure » est tolérée pendant tout le temps que doit durer le traitement, plusieurs mois s'il le faut.

Après perforation par le procédé classique, la canule guidée par un mandrin en argent mou est substituée au trocart. Son extrémité antérieure vient se loger dans le vestibule, où elle demeure invisible; il est facile de la rendre apparente et d'y fixer un tube de caoutchouc pour pratiquer les lavages; il suffit, pour y arriver, de refouler la pointe du nez du côté opposé. En raison des courbures nécessaires à cet instrument, il en faut un différent pour chaque côté.

GEORGES LAURENS. — Mucocèle simulant une récurrence de sinusite frontale. — Georges Laurens présente une malade trépanée il y a trois ans et demi d'une sinusite frontale double par son procédé en Y, c'est-à-dire par résection transversale de l'os frontal, un peu au-dessus de la racine du nez, effondrement de la cloison intersinusienne à travers cette brèche et drainage nasal unique, par section partielle de la lame perpendiculaire de l'éthmoïde.

La guérison s'était maintenue pendant trois ans et demi. Réapparition des douleurs frontales à gauche, il y a un mois; dou-

leurs atroces, spontanées et à la pression, avec irradiations céphaliques. En même temps, cessation brusque d'un écoulement nasal muco-purulent, qui indique des phénomènes de rétention.

On porte de diagnostic de récurrence de sinusite frontale avec abcès extradural possible.

Il y a onze jours, j'incise le front, à droite, sur l'ancienne cicatrice, et la cavité du sinus frontal apparaît normale, vide, sans la moindre trace de pus ou d'inflammation récente.

La libre communication avec le nez persiste, très large.

Je résèque alors une partie de la table externe du frontal sur la ligne médiane, quoique l'os soit sain, pour rechercher la cause des accidents douloureux, lorsque, à notre grande surprise, il s'échappe de la partie supérieure du front, à travers un petit pertuis, un liquide plutôt ambré et gélatiniforme que muco-purulent.

J'agrandis l'ouverture osseuse et rencontre une cavité du volume d'une grosse noisette, qui constituait un véritable mucocèle.

Le sinus frontal gauche est réouvert pour ne laisser méconnu aucun foyer suspect.

Réunion par première intention; sept jours après, la malade quittait la maison de santé, complètement guérie.

L'intérêt de ce cas clinique, assez rare, réside dans l'apparition d'un mucocèle à longue échéance, trois ans et demi après une opération de sinusite, et dans la constatation que j'ai pu faire, incidemment, d'une cavité opératoire ancienne bien cicatrisée, toujours largement drainée par ce procédé transethmoïdal que j'ai recommandé dans les sinusites bilatérales.

GIRARD. — Atlas d'anatomie chirurgicale du labyrinthe. —

L'auteur a disséqué le labyrinthe tout entier par la simple brèche de l'évidement pétro-mastoidien. Il présente ainsi cet organe, devenu chirurgical depuis quelques années, *dans son champ opératoire*. Il étudie différents types de crânes présentant des difficultés diverses pour la trépanation du labyrinthe. Les trois principales difficultés viennent : 1° de la procidence du sinus latéral; 2° de l'étroitesse dans le sens transversal de la pyramide pétreuse; 3° de la procidence de la fosse cérébrale.

L'atlas contenant 29 photographies, grandeur naturelle, et 29 vues stéréoscopiques reproduites en héliogravure, avec texte explicatif, comporte plusieurs séries de préparations sur crânes d'enfants et d'adultes, montrant successivement les différentes étapes de la trépanation du labyrinthe.

CORNET (de Châlons-sur-Marne). — **Volumineux adénome en dégénérescence épithéliomateuse de la face supérieure du voile du palais.** — L'auteur présente la tumeur du volume d'une mandarine; développée dans le pharynx nasal, elle s'insérait sur le voile chez une femme de 27 ans. L'ablation fut aisée. L'examen histologique laisse craindre une récurrence.

Séance du 8 décembre 1910.

CHATELLIER. — **Introduction à l'étude du labyrinthe.** — M. Chatellier montre qu'il faut, pour comprendre le labyrinthe, suivre son développement embryologique. Cela est surtout nécessaire pour la compréhension des épreuves qui, on le sait, ont pris en otologie une grande importance, au cours des dernières années.

GIRARD. — **Dissection du labyrinthe par la voie chirurgicale.** — M. Girard a pratiqué sur une série de crânes secs de fœtus à terme, d'enfant et d'adulte, de nombreux types de dissection du labyrinthe par la brèche de l'évidement pétro-mastoïdien.

En outre de trépanations typiques du labyrinthe (opération de Hautant), il présente plusieurs pièces sur lesquelles il a trépané ou disséqué le labyrinthe postérieur (canaux semi-circulaires et vestibule) par la brèche de l'antrotomie simple, en respectant la paroi postérieure du conduit auditif externe. Cette technique est applicable dans les cas où l'examen clinique permet de pratiquer la trépanation du labyrinthe d'emblée sans interroger auparavant le promontoire ou les fenêtres. La partie profonde de la paroi postérieure du conduit ainsi conservée protège le facial en le mettant comme en dehors du champ opératoire. De plus, elle renforce singulièrement le pont osseux si fragile dans lequel passe l'aqueduc de Fallope, dès que le vestibule est ouvert par en haut, et le garantit de manière très efficace contre la cassure.

Sur toutes ces pièces anatomiques, le facial a été soigneusement mis en évidence, afin d'en bien fixer les rapports avec tous les organes de cette région.

Ces préparations déjà reproduites en un atlas par héliogravure sont également présentées en vues stéréoscopiques sur verre. Au stéréoscope, on a le relief et les rapports exacts, comme si l'on avait sous les yeux la pièce anatomique elle-même.

A l'aide de ces positifs sur verre, M. Girard donne une séance de projections lumineuses, procédé d'enseignement très précieux.

A. CASTEX présente trois malades :

1° Une femme de 26 ans qui, depuis une huitaine de jours, présente des accès de dyspnée laryngée avec gonflement inspiratoire intense. Les accès vont en augmentant de fréquence et d'intensité, bien qu'il n'y ait pas de tirage accentué. La trachéotomie pourrait devenir nécessaire. L'examen laryngoscopique montre que les cordes inférieures sont rapprochées l'une de l'autre, sans pouvoir s'écarter. Elles s'accroissent même davantage dans l'inspiration. La percussion et l'auscultation ne font rien découvrir d'anormal dans le thorax. Castex pense, jusqu'à plus ample informé (radioscopie, etc.) qu'il s'agit d'un spasme glottique chez une hystérique, et il a institué depuis vingt-quatre heures la médication bromurée.

2° Un homme âgé qui présente sur la partie droite du bord libre de l'épiglotte une ulcération d'aspect épithéliomateux ; mais un peu d'infiltration de la corde vocale correspondante et des antécédents pleurétiques conduisent au diagnostic de tuberculose. Trois attouchements à l'acide lactique ont déjà amélioré l'ulcération.

3° Un jeune homme atteint de chancre typique de l'amygdale gauche. Le malade s'en est aperçu il y a un mois. Depuis quinze jours, il présente une adénopathie polyganglionnaire et douloureuse à l'angle gauche du maxillaire inférieur. L'amygdale présente une rainure verticale, dont les deux bords sont couverts de petites ulcérations, l'ensemble ayant l'aspect herpétique. Le malade est traité à l'hectine.

BOSVIEL. — Scarificateur amygdalien à cran d'arrêt variable.

— Ce bistouri, de 2 centimètres de longueur et de forme lancéolée, est incurvé latéralement pour pénétrer en ligne oblique dans la direction du raphé médian et éviter les gros vaisseaux. — Porté sur une tige longue et mince, de façon à entrer sans peine dans une bouche en état de trismus, il ne gêne en rien la vue. — Sa particularité la plus importante consiste en trois petits trous percés dans son épaisseur, et qui, disposés à 1 centimètre, 1^{cm},5 et 2 centimètres de son extrémité pointue, sont destinés à recevoir un minuscule cran d'arrêt que l'on avance ou que l'on recule suivant la profondeur à laquelle on veut atteindre. Grâce à cet artifice, la lame ne s'enfonce jamais plus que le chirurgien ne le veut.

Embout spécial pour spéculum de Siegle. — Imaginé dans le but d'obstruer hermétiquement tous les conduits auditifs, quelle que soit leur forme, sans le secours d'une rondelle de caoutchouc. Terminé cylindriquement comme un spéculum d'oreilles de petit ca-

libre, il se renfle en forme de poire à un demi-centimètre environ de son extrémité, tout en conservant intérieurement la forme habituelle. Dans certains cas où le canal est particulièrement large, il faut avoir soin d'imprimer de petits mouvements de rotation à l'instrument, tout en le poussant doucement vers la profondeur, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à bloquer complètement le conduit.

Canule pour lavages de l'attique, de l'antre et du recessus hypotympanique. — Rectiligne dans sa portion auriculaire et percée d'un petit orifice sur l'une de ses faces, le plus près possible de son extrémité, cette canule a comme marque distinctive de pouvoir effectuer le lavage de la caisse dans tous les sens, la main restant fixe. Pour cela, la partie horizontale de la canule est scindée en deux tronçons s'emboîtant l'un dans l'autre comme des tuyaux de poêle et tournant dans tous les sens. Une encoche tracée sur la portion mobile permet de repérer la direction du jet dans la profondeur.

GUISEZ. — Cancer inopérable de la bouche et de l'amygdale traité par les applications de radium. — M. Guisez présente un malade atteint de cancer du pilier droit de l'amygdale, ayant envahi la joue et la commissure labiale, qui a été jugé inopérable par deux chirurgiens successivement consultés.

On a fait chez lui une série d'applications de bromure de radium, dont les dernières remontent à deux mois. A part un peu de radio-dermite de la peau, assez longue à se cicatriser, ces applications ont été tout à fait indolores.

L'amélioration est tout à fait évidente; tous les signes extérieurs (adénopathie, œdème, tuméfaction de la peau) ont disparu. Les deux tiers antérieurs de la plaie buccale sont cicatrisés; il ne reste plus qu'une petite ulcération à la partie toute postérieure; les douleurs ont complètement disparu, et l'alimentation, impossible auparavant, est redevenue normale.

Le cas est trop récent pour qu'on puisse parler de guérison; mais, dans ce cas inopérable, cette amélioration est tout à fait inespérée.

CASTEX et DE PARREL. — Fibrome de la voûte palatine. — La malade, âgée de 40 ans, présente une tumeur de la grosseur d'une noisette insérée sur la voûte palatine à droite et en arrière, dure, irrégulière, adhérente, non douloureuse. Cette néoplasie, qui a évolué lentement et sans procurer aucun trouble à la malade, n'a aucune tendance à l'extension. Elle est blanchâtre, non fluctuante et

pas réductible. La circulation collatérale est assez intense. Le diagnostic de fibrome paraît à peu près certain. L'ablation s'impose par mesure de précaution et pour éviter toute évolution maligne. MM. Castex et de Parrel insistent sur la rareté de ce genre de tumeurs; ce que l'on observe le plus souvent sur la voûte palatine, ce sont des lipomes et des adénomes.

Séance du 10 janvier 1911.

C. J. KOENIG. — **Sinusite maxillaire chronique purulente. Six mois de lavage par l'alvéole sans résultat. Vingt-huit lavages par le méat inférieur; guérison.** — Il s'agit d'une dame d'une trentaine d'années, qui me fut envoyée par un dentiste avec le diagnostic sinusite maxillaire gauche. La dent qui avait causé la sinusite avait été extraite; pendant six mois tous les jours la malade lavait son sinus par l'alvéole. Il sortait à chaque lavage un filet de pus fétide. Je laissai fermer la fistule sinuso-buccale et fis une ouverture d'environ 1 centimètre de diamètre dans le méat inférieur, à la place d'élection. Le lavage ramena du pus excessivement fétide. Au bout de quinze lavages, la fétidité avait disparu; l'eau du lavage devenait de plus en plus claire et ne contenait plus qu'un peu de mucus, tombant en une seule masse. Les douleurs névralgiques dont souffrait la malade allaient en s'atténuant et, au bout de vingt-huit lavages, la guérison fut complète.

L'intérêt de ce cas réside en ce fait qu'il démontre, d'une façon quasi expérimentale, la supériorité de la méthode des lavages par le méat inférieur sur celle des lavages par l'alvéole presque universellement abandonnée aujourd'hui. D'après toute apparence, cette dame aurait pu continuer indéfiniment ses lavages par l'alvéole, sans jamais obtenir une guérison. Ces circonstances me poussèrent à croire que les lavages par le méat inférieur ne donneraient pas non plus de résultat et que je serais enfin obligé de recourir à l'opération de Caldwell-Luc.

Pourquoi les lavages par l'alvéole n'ont-ils pas donné le résultat qu'ont donné ceux par le méat inférieur? Je crois que l'explication doit être cherchée dans le fait que le lavage fait par une petite ouverture alvéolaire est insuffisant. La cavité sinusale n'est pas suffisamment brassée par l'eau du lavage et des masses purulentes stagnent dans des recoins ou prolongements du sinus. Il y a aussi la possibilité de la réinfection constante du sinus par la flore micro-

bienne buccale, mais la première explication me paraît la meilleure. Ce cas, dont le traitement dura quarante-neuf jours, démontre de nouveau qu'il ne faut pas se décourager trop vite. Avec l'opération de Caldwell-Luc, la malade aurait quand même été obligée de laver son sinus pendant quelque temps, et je doute qu'elle eût été guérie plus vite ou mieux.

C. J. KOENIG. — **Aiguille cylindrique pour les sutures de la muqueuse dans la résection sous-muqueuse de la cloison.** — La question de la nécessité des sutures de la muqueuse dans la résection sous-muqueuse de la cloison est un sujet discuté. Il est évident que, dans des cas de déviation peu étendue, se limitant au cartilage et où une petite incision suffit, on peut se dispenser de sutures, mais dans les cas de déviation très étendue et très marquée où une large incision est nécessaire, où la double incision de Freer est indiquée, il est utile non seulement de suturer, mais même de réséquer quelques millimètres du rebord du lambeau. La cicatrisation en est rendue plus rapide, et le résultat final est meilleur. Car, dans les vastes déviations, la contraction du lambeau est souvent insuffisante, et il en résulte un flottement de celui-ci.

Les aiguilles de Reverdin sont peu pratiques dans la chirurgie endonasale. Avec elles, il est excessivement difficile d'aller placer le fil dans l'échancrure à l'intérieur du nez. Quant à l'aiguille ordinaire complètement recourbée, elle est plus pratique que l'aiguille de Reverdin, mais elle a aussi ses défauts. L'aiguille qui me paraît la plus pratique est la vieille aiguille tubulée ou cylindrique dont on se servait dans la vieille chirurgie. Celle que je fis faire et que je vous soumetts me rend de grands services; avec elle les sutures sont rendues très faciles, car je me sers de crins de Florence, dont les plus fins sont assez rigides pour passer facilement à travers l'aiguille. Il est très facile de saisir le chef du crin dans le nez avec une pince quelconque et de retirer l'aiguille. On peut ainsi placer deux ou trois sutures très rapidement.

DELAIRE. — **Oreille artificielle.** — Il montre la reproduction d'une oreille gauche en caoutchouc mou qu'il a appliquée à un jeune homme. Né sans cette oreille, ce dernier a pourtant un moignon cartilagineux vertical. A ses deux extrémités deux trous ont été percés pour la fixation d'une calotte d'or faite à la forme du moignon et le recouvrant. Deux minuscules tiges d'or faisant boulon et écrou retiennent cette pièce en place. Puis sur deux petites griffes proéminentes et parallèles la pièce de prothèse vient se fixer soli-

dement sans laisser rien voir du moyen de rétention. L'oreille est peinte.

GUISEZ. — Sténose cicatricielle vélo-palatine avec obstruction complète du naso-pharynx. — Dilatateur caoutchouté. — Il existe une variété de *rétrécissements cicatriciels* du pharynx supérieur qu'on pourrait appeler *naso-pharyngiens*, dus à la soudure du voile du palais et des piliers postérieurs à la paroi pharyngienne postérieure interrompant toute espèce de communication entre la bouche et le naso-pharynx.

Ils sont consécutifs :

- 1° Aux brûlures (caustiques, liquides trop chauds);
- 2° Ulcérations syphilitiques, diphtériques ;
- 3° Traumatismes opératoires.

Des 4 cas observés par l'auteur, 2 étaient dus à la diphtérie, 2 à des brûlures par caustiques, celles-ci coïncidant avec des sténoses cicatricielles de l'œsophage.

L'opération consiste à refaire le voile, les bords des piliers comme à l'état normal ; mais, pour empêcher la récurrence, il est indispensable de continuer longtemps la dilatation caoutchoutée, très difficile à réaliser dans cette région.

Guisez présente dans ce but une sorte de *drain en double bouton de chemise* facile à introduire par la bouche après tension sur un porte-coton pharyngé et qui reste en place sans gêne pour le malade. Il en est établi de différentes grandeurs suivant les cas. On évite ainsi la récurrence, qui survient toujours fatalement si l'on ne poursuit pas longtemps cette dilatation.

Guisez relate ses **cinq derniers cas de corps étrangers** bronchiques enlevés depuis un an (canif, os, marron cru, sifflet). L'un d'eux concerne le plus jeune enfant que l'auteur a eu à bronchoscoper : un enfant de 11 mois qui avait un os relativement volumineux dans la bronche droite. Guérison après la bronchoscopie inférieure.

Un autre était âgé de 4 ans et demi, porteur d'un *canif ouvert* dans la bronche droite très visible à la radiographie, et ne mesurant pas moins de 6 centimètres. L'extraction put être faite par bronchoscopie supérieure.

Il en fut de même d'un fragment de marron cru, enlevé dans la bronche gauche d'un enfant opéré en pleine septicémie et d'un sifflet de petite locomotive enlevé de la bronche droite d'un autre, âgé de 5 ans.

Tous ces cas ont été suivis de guérison sans complication. Dans un seul cas, chez une malade opérée à l'hôpital d'Évreux, l'extraction put se faire, mais n'empêcha pas la malade de succomber aux complications préexistantes.

Ces différentes observations portent à 22 le nombre des corps étrangers bronchiques enlevés par l'auteur avec 20 guérisons.

Dans 2 cas, l'extraction trop tardive n'a pas empêché les complications infectieuse bronchopneumoniques d'évoluer avec toute leur gravité.

COLLINET. — Sonde molle à demeure dans le sinus maxillaire. — Pour permettre aux malades atteints de sinusite maxillaire de faire eux-mêmes les lavages et pour éviter les ponctions répétées, le Dr Collinet place dans le sinus une sonde de Malécot.

La mise en place de la sonde nécessite une première ponction avec un trocart plus volumineux que celui employé habituellement.

Collinet a fait construire un trocart correspondant au n° 11 de la filière Charrière. Une sonde de Malécot n° 12, bien tendue sur un mandrin fin en acier, passe assez facilement par ce trocart et peut ainsi être placée dans le sinus. On la coupe à la longueur voulue, et l'extrémité est dissimulée dans la narine. Le malade peut la faire sortir sans difficulté pour pratiquer les lavages aussi souvent que cela est nécessaire. La tolérance de la muqueuse nasale est parfaite.

VIOLLET. — Membrane tympanique néoformée à la suite de cure radicale et chéloïde de la cicatrice survenue tardivement et résorbée en quelques mois. — Deux observations sont publiées, l'une personnelle, l'autre publiée par le Dr Davis à la Société royale de Londres (section d'otologie), le 5 mars 1910.

Le fait curieux résultant de ces 2 cas de cure radicale de l'oreille a abouti à la formation d'une néo-membrane, constatée chez la jeune fille de 15 ans, traitée par Davis, au bout de deux ans; dans le mien, il s'en est formé une complète en quatre mois. Chez les deux malades, la trompe a été curettée et, dans mon cas, avec plus de raison, car elle m'a permis de retirer deux cotons, cause de la rétention du pus et d'une sténose serrée du conduit.

Le Dr Davis a, il est vrai, cureté le cadre tympanal, mais, dans mon cas, le tympan n'existait plus depuis vingt ans.

Un autre point de mon observation mérite attention; c'est qu'à la même échéance de quatre mois je constatai une forte chéloïde résorbée sept mois après.

Il est remarquable de constater quelle puissance à la nature à reconstituer ses organes et cela, dans mon cas, au bout de vingt ans. Le professeur agrégé Retterer a, par de nombreuses expérimentations sur les animaux, montré que, par son irritation du derme, comme le fait notre bistouri, les tissus proliféraient, formant chéloïdes.

C. A. WEILL, à la suite des communications de MM. Kœnig et Collinet, présente une malade atteinte de sinusite chronique du maxillaire gauche avec fistule alvéolaire. Cette malade porte depuis deux semaines une **canule méatique en caoutchouc**, dont l'auteur présente les modèles. Ces drains portent, au voisinage de leur extrémité sinusienne, une encoche destinée à assurer la rétention du drain à l'imitation des sondes de De Pezzer pour la vessie.

L'auteur présente également les canules métalliques déjà décrites pour le même usage, mais perfectionnées par l'adjonction d'un ergot amovible pouvant à volonté faire saillie dans le sinus pour assurer la rétention de la canule.

La malade présentée est déjà très améliorée par les lavages quotidiens; la fistule alvéolaire semble fermée.

SOCIÉTÉ DES LARYNGOLOGISTES DE SAINT-PÉTERSBOURG (1).

Séance du 20 février 1910.

VOJATCHEK. — **Expériences sur l'introduction de corps étrangers dans les bronches d'animaux.** — En raison de la difficulté de se procurer des matériaux cliniques en quantité suffisante pour l'étude de la bronchoscopie et des opérations bronchoscopiques, l'auteur a étudié la question de l'utilisation dans ce but de la bronchoscopie sur des chiens et l'a résolue dans le sens positif. Les procédés d'extraction de corps étrangers sur le chien peuvent être complètement assimilés à ceux qu'on emploie chez l'homme vivant. Ces expériences ont en même temps permis d'élucider certaines questions essentielles de bronchologie; telle est, par exemple, la question de savoir dans quelles circonstances la bronchoscopie supérieure doit être remplacée par l'inférieure et

(1) Comptendu par TRIVAS, d'après *Vratchebnaja Gazeta*, n° 27, 1910.

aussi dans quels cas de corps étrangers une bronchoscopie prolongée est contre-indiquée (à cause de l'action irritante sur les bronches). Le nombre des cas personnels de l'auteur s'élève à 34. Tous ils montrent que l'organisme du chien, de même que celui de l'homme, offre une grande tolérance vis-à-vis des corps étrangers des bronches; mais, d'autre part, dans les corps étrangers, les circonstances fortuites les plus minimes peuvent entraîner la mort.

Chez les chiens ayant succombé aux suites des expériences, la cause de la mort était: pneumonie, obstacle mécanique à la respiration (par tuméfaction des parois des voies respiratoires), emphysème du médiastin, hémorragie dans le péricarde et pneumothorax.

BULGAROV. — Un cas de dent développée dans le sinus maxillaire. — Le malade, hospitalisé à la clinique du Pr Simanowski, a subi une cure radicale par la fosse canine pour un empyème de l'antre d'Highmore.

En ouvrant la cavité, on trouva une grosse molaire dont la couronne était tournée en haut et les racines en bas. La couronne était cariée. Le sinus maxillaire avait la forme d'un V; cette particularité de structure du maxillaire supérieur a amené un raccourcissement du rebord alvéolaire. La place ayant manqué pour le développement normal des dents, l'une d'elles a poussé dans l'antre, où elle a été la cause de l'inflammation chronique de cette cavité.

VOJATCHEK présente une malade atteinte d'une **forme rare de nystagmus spontané des yeux**. Ce nystagmus présente les particularités suivantes: au regard directement en avant, les deux yeux subissent des oscillations rythmiques dans le sens vertical de haut en bas. En tournant les yeux à gauche, le nystagmus change de direction; il devient d'abord diagonal (de haut en bas et de dedans en dehors) et ensuite franchement horizontal vers la gauche. En regardant à droite, le nystagmus se transforme en nystagmus horizontal très prononcé. L'irritation du labyrinthe par des procédés caloriques (injection d'eau froide dans le conduit auditif externe) ne provoque pas de réaction typique, c'est-à-dire de nystagmus rotatoire dans le sens opposé, mais exagère le nystagmus spontané horizontal dans la direction opposée et atténue le même nystagmus au regard dans le côté correspondant au labyrinthe irrité. A la rotation sur le centrifugeur avec la tête inclinée sous un

angle de 90°, on n'est pas parvenu à provoquer un nystagmus rotatoire ; néanmoins la réaction à la rotation est nettement exprimée : 1° mouvement réactionnel du type normal ; 2° sensation de vertige ; 3° accentuation du nystagmus horizontal dans le sens correspondant. L'auteur admet qu'il existe dans ce cas une lésion de l'appareil de l'innervation de l'œil qui préside à ses mouvements rotatoires.

VOJATCHEK présente un **corps étranger** (os de veau long de 2 centimètres et large de 1 centimètre, plat et à bords acérés), *extrait par l'œsophagoscopie et sans mandrin*. Le corps étranger était logé dans l'œsophage à 5 centimètres au-dessous de son orifice pharyngé, et il n'a pu être extrait qu'après de longs efforts et de nombreuses tentatives.

VOJATCHEK. — **Radiogramme de l'apophyse alvéolaire d'une malade atteinte d'une sinusite maxillaire.** — Préconisée depuis peu de temps, la radiographie des racines dentaires permet d'en diagnostiquer les lésions et de déterminer laquelle des dents est la cause de la suppuration. Dans le cas de Vojatchek, le radiogramme a exactement indiqué la dent qui devait être extraite. L'opération a confirmé les données de la radiographie.

GALEBSKI. — **Un cas de lupus des fosses nasales.** — Nodules lupiques sur la cloison et les cornets inférieurs.

TZITOWITSCH présente une malade chez laquelle, trois mois auparavant, au milieu de phénomènes généraux : fièvre élevée, coryza, frissons, vertiges et vomissements, s'est progressivement installée une **paralysie faciale**. A l'heure actuelle, il y a une paralysie complète du facial et de l'acoustique (absence totale des fonctions vestibulaire et cochléaire). Sur les jambes, des cicatrices faisant soupçonner la syphilis. Le diagnostic reste pendant entre la syphilis du conduit auditif interne et la carie de la pyramide du temporal.

TZITOWITSCH présente une **série d'instruments modifiés de Brünings** pour la bronchoscopie : dont 1° une lentille pour le grossissement des objets examinés au bronchoscope et 2° un prisme qui permet un examen simultané par deux observateurs.

Séance du 27 mars 1910.

TZITOWITSCH. — Des bruits auriculaires objectifs. — Après un historique détaillé de la question, l'auteur rapporte 3 cas personnels. Les bruits objectifs, par leur origine, se divisent en deux groupes : 1° vasculaires et 2° extravasculaires.

Les bruits vasculaires peuvent à leur tour être : 1° artériels et 2° veineux. Les uns et les autres peuvent être entotiques et ectotiques. Les premiers prennent naissance dans l'oreille même, les seconds dans les troncs vasculaires voisins. Les bruits vasculaires se caractérisent par leur régularité et sont synchrones au pouls.

Il est impossible de différencier les bruits artériels d'avec les veineux. Au début, les bruits sont faibles et les malades peuvent les faire disparaître par un simple mouvement de la tête dans l'un ou l'autre côté et par la compression du paquet vasculaire au cou. Plus tard, le bruit acquiert un caractère stable et permanent.

Il est extrêmement difficile et, dans certains cas, impossible d'expliquer le mécanisme de l'origine des bruits vasculaires. Dans un but thérapeutique, on avait pratiqué la ligature de la carotide, mais, dans pas un cas, cette opération n'a donné de résultats favorables; le bruit, après avoir cessé pendant quatre à six heures, reparaisait à nouveau. Le pronostic dépend de la gravité des lésions auriculaires existantes.

Dans le traitement, le centre de gravité doit être reporté sur l'état général.

Les bruits intravasculaires ont pour origine une contraction des muscles. Ce bruit est caractérisé par son irrégularité, sa fréquence variable et sa grande intensité. Certains auteurs attribuent à divers muscles, tels que le tenseur du tympan, les releveur et tenseur du voile du palais, un rôle déterminant dans la production des bruits extravasculaires. En ce qui concerne le premier, les observations relatées de contracture de ce muscle avec conservation des mouvements du tympan, sans bruits, autorisent à éliminer le muscle tenseur du tympan. Le releveur du voile joue un rôle peu important dans les mouvements des parois tubaires et ne saurait guère provoquer des bruits. Reste donc un seul muscle, le tenseur du voile du palais.

GALEZESKI présente des préparations microscopiques d'un **carcinome branchiogène du cou** qui s'était propagé à la pyramide du temporal par le trou jugulaire sans provoquer de méningite.

GWOSDINSKI montre un malade atteint d'un **angiome de l'amygdale palatine droite**.

SOKOLOV. — **Un cas de rhinoplastie**. — Il y a quatre ans, la malade reçut dans la figure une décharge de plomb qui a détruit les os propres, l'apophyse frontale, la paroi antérieure du sinus frontal droit, l'apophyse nasale du frontal droit et une partie de la cloison. A la radiographie on pouvait voir des plombs dans le labyrinthe éthmoïdal, les sinus sphénoïdaux et dans la cavité crânienne (sur la selle turque). La rhinoplastie n'a pu être pratiquée qu'après plusieurs opérations endonasales. Le lambeau a été pris sur le front. La réunion eut lieu *per primam*. La surface du lambeau regardant la cavité s'est rapidement couverte de muqueuse.

TZITOWITSCH présente un enfant de 7 ans guéri par lui d'une hypertrophie chronique des amygdales palatines par le massage.

Il pense qu'il faut épargner les tonsilles aussi longtemps que nous ne serons pas définitivement fixés sur leur physiologie. C'est pourquoi l'auteur rejette complètement l'extirpation. L'ablation partielle est un procédé insuffisant; les cautérisations galvaniques sont difficiles chez les enfants. Tzitowitch s'est donc arrêté sur le massage. Pratiqué trois fois par semaine, le massage digital des amygdales est un procédé indolore qui guérit les malades en deux ou trois mois. Le malade, objet de sa communication, lui a été amené pour l'ablation des amygdales deux mois auparavant par son père qui est lui-même médecin. A l'heure actuelle, l'amygdale est absolument normale; la gauche aussi ne dépasse pas les dimensions cliniques; mais elle est encore un peu dure au toucher et nécessite encore quatre ou cinq séances.

SOCIÉTÉ DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES DE MOSCOU (1).

Séance du 14 avril 1910.

ARCKIPOV. — **Contribution à l'étude des thrombophlébites**. — En se basant sur les données de la littérature médicale et ses observations personnelles, recueillies à l'hôpital militaire de Moscou, l'auteur affirme que la seule ligature de la jugulaire ne permet pas de préjuger de l'issue de l'affection. Tout dépend de la virulence de l'infection qui accompagne chaque cas particulier et

(1) Compte rendu par TRIVAS, d'après *Vratchebnaja Gazeta*, n° 32, 1910.

du hasard heureux ou malheureux qui donne naissance à des métastases légères ou graves.

MALIOUTINE, après avoir montré que la thrombophlébite est une cause de pyohémie, fait remarquer que le sérum polyvalent donne de bons résultats dans des cas purulents.

BOER dit qu'il faut distinguer la septicémie par métastase de la septicémie sans métastase.

TCHERTOV se prononce pour la ligature de la jugulaire dans les thrombophlébites.

SOKOLOV. — Faits cliniques de la pratique journalière. — 1° Un étudiant de 21 ans vint consulter pour une suppuration fétide du nez. A l'examen, on trouva un corps étranger qui était un rhinolith de volume considérable développé autour d'une graine de tournesol. — 2° Une jeune fille est prise d'un violent coryza chaque fois après avoir mangé des œufs. — 3° Fillette âgée de 12 ans et atteinte d'une otorrhée chronique pour laquelle elle a subi une cure radicale. Après guérison, on constata que l'enfant avait complètement désappris à lire et à écrire. — 4° Un garçon était atteint d'une toux spasmodique, coqueluchoïde, qui ne donnait pas un seul instant de répit. L'examen du thorax, du nez et du naso-pharynx ne révéla rien d'anormal. L'utilisation de quelques gouttes d'huile mentholée a suffi pour faire disparaître la toux.

SOCIÉTÉ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE SAINT-PÉTERSBOURG(1).

Séance du 12 mars 1910.

ELJASSON. — 1° Examen des facultés auditives d'après la méthode des réflexes conventionnels. — 2° Des fonctions du centre cortical de l'ouïe. — Ces deux communications sont une étude de physiologie expérimentale qui se prête difficilement à une analyse.

Séance du 9 avril 1910.

LEVINE. — Othématome chez un lutteur consécutif à un traumatisme. — L'affection existe depuis un mois. L'auteur se propose de faire une large incision et, au cas de lésion du cartilage, de curetter ce dernier.

(1) Compte rendu par TAIVAS, d'après *Vratchebna'a Gazeta*, n° 32, 1910.

VILCHOUR montre une malade qui présente certaines manifestations anormales pendant le chant. A la phonation des voyelles, la voix tremble, et objectivement on constate une série de petites oscillations des cordes, principalement de la gauche. Pendant la voix parlée, on ne voit rien d'anormal.

HELLAT présente un malade atteint depuis trois mois d'une toux opiniâtre survenant par accès douze à quinze par jour et s'accompagnant de syncope avec perte de connaissance.

NIKITINE considère ce cas comme celui d'un ictus laryngétypique; il préconise des pulvérisations avec une solution à 4 p. 100 d'antipyrine et l'administration du même médicament à l'intérieur.

LEVINE. — **Un cas atypique de thrombose du sinus transverse. Ouverture du sinus. Ligature de la jugulaire. Guérison.** — La malade, soignée pour une fausse couche dans un établissement gynécologique de la capitale, fut prise en avril 1909 de violentes douleurs dans l'oreille gauche, qui, après avoir bientôt disparu, récidivèrent au bout d'une dizaine de jours. La température s'éleva à 38,5. Vu l'absence presque complète de modifications du côté du tympan et de l'apophyse mastoïde, cet état fébrile a été mis sur le compte de l'appareil génital, bien que l'examen n'y révélât rien d'anormal. Deux jours après, douleurs à la pression sur l'apophyse mastoïde; température, 39°; paracentèse du tympan; pas de pus. Au bout de quelques jours, la température monta à 40°. On pratiqua une trépanation; dans l'antre, quelques granulations; on mit à nu le sinus, dont la paroi était altérée; la ponction amena du pus. Le sinus a été ensuite mis à découvert sur une longueur de 4 centimètres, presque jusqu'au bulbe; une incision donna issue à une grande quantité de pus; on procéda ensuite à la ligature de la jugulaire. La malade quitta l'hôpital, complètement guérie. L'intérêt du cas réside dans le fait que le sinus contenait une grande quantité de pus qui n'avait pas provoqué de septicémie générale, probablement à cause du thrombus solide qui existait dans le bulbe et la jugulaire. Cette vaste suppuration du thrombus a dû se produire bien avant l'apparition des phénomènes subjectifs accusés par la malade; de plus, l'otite avait revêtu une forme tellement bénigne qu'elle n'avait pu faire soupçonner la possibilité d'une complication intracranienne. Enfin, au cours de l'opération, tout l'os, jusqu'à la dure-mère, a été trouvé absolument sain. Il faut admettre qu'il s'agissait ici d'un cas rare d'otite séreuse compliquée de thrombose sinusienne.

ANALYSES

I. — NEZ.

Un cas de rhino-sclérome, par ALFRED BRAUN (*The laryngoscope*, t. XX, n° 2).

On reconnaît les cas rares quand on y pense. Ainsi l'observation rapportée par Braun donne à la lecture absolument l'impression d'un cas typique de rhino-sclérome (tuméfaction du nez par des masses rouges et dures; altération très caractéristique du cavum sous forme de cicatrices et adhérences fibreuses, etc.), et qui au début n'a été reconnu comme tel par aucun rhinologiste, ce qui est explicable même par aucun histo-pathologiste, ce qui l'est moins, si l'on songe que l'aspect microscopique du rhino-sclérome (cellules à vacuoles, dégénérescence hyaline, micro-organismes caractéristiques) devrait être absolument typique. Au point de vue clinique, le cas est intéressant en ce qu'il concerne un ouvrier italien vivant en Amérique depuis sept ans et originaire de Calabre.

LAUTMANN.

Dermatite du vestibule du nez due probablement au menthol, par D. MACKENZIE (*Journ. of Laryngol.*, t. XXV, n° 6).

Pendant un an, Mackenzie avait l'habitude de prescrire à ses malades pour un spray intranasal la formule suivante : menthol et camphre : aa 2,5 p. 100; chlorétone, 1 p. 100; essence de cannelle, 1 p. 100 dans paraffine liquide. Bientôt une demi-douzaine de malades se plaignaient d'un eczéma de la lèvre et du vestibule nasal. Après de nombreuses hésitations et des recherches, Mackenzie a dû se rendre à l'évidence que l'eczéma était dû au spray et dans ce spray uniquement au menthol. Depuis que la teneur du menthol a été réduite à son minimum de 1 p. 100, cet eczéma ne s'est plus reproduit.

LAUTMANN.

Que devient la paraffine solide injectée dans les tissus du corps humain? par RAZEMOU (Lille, *Bulletin de laryngol.*, juillet 1909).

Une injection prothétique faite dans une infirmerie régimentaire, et ayant transformé une ensellure traumatique en une bosse fort disgracieuse, l'auteur, consulté trois ans après, proposa une intervention.

Après incision, on constate que la paraffine se différencie très difficilement par sa coloration des tissus environnants; l'adhérence est assez grande dans la profondeur, et du côté de la peau la paraffine fait absolument corps; l'adhérence est très intime.

La coloration est rouge foncé et, sur la tranche de section, on ne semble pas être en présence d'un bloc de paraffine; la masse est solide, résistant sous le doigt comme du tissu cartilagineux et crie sous le scalpel.

Les coupes colorées, puis fixées (la paraffine a été dissoute par le xylol), montrent l'existence de tissu conjonctivo-vasculaire; aussi l'auteur se demande si, à défaut d'organisation ou de résorption, il ne se produit pas une transformation de tissu.

M. GRIVOT.

Évolution intracranienne des polypes fibreux naso-pharyngiens. par GAUDIER (*Bulletin de laryngol.*, juillet 1909).

Un enfant de 11 ans, opéré pour un polype fibreux naso-pharyngien en mars 1907, est revu en février 1909 avec des saignements très abondants par le nez et la bouche, sans trace de récidive, qui amènent une issue fatale.

A l'autopsie, on constate l'existence d'une tumeur qui, partie du sinus sphénoïdal droit, a usé le corps du sphénoïde, gagné la base du crâne, soulevé la dure-mère puis perforé celle-ci au niveau de la selle turcique et probablement, par sa compression lente, usé le sinus caverneux sans avoir influencé la carotide, ni le nerf moteur oculaire externe.

A propos de ce malade, l'auteur écrit que cette propagation relativement rare n'est peut-être pas aussi rare qu'on la décrit, puis qu'il en existe 29 observations.

Comment se fait la propagation? L'usure du crâne peut se faire en des points différents: lame criblée de l'ethmoïde, fente sphénoïdale, sinus sphénoïdal.

Dans 23 cas sur 29, la constatation de prolongements craniens a été une trouvaille d'autopsie; aussi la conclusion est la suivante:

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXVII, N° 2, 1911. 11

Il faut se défier des prolongements possibles intracrâniens sans aucun symptôme et employer les interventions donnant un large jour et permettant, après ablation, d'explorer le point d'implantation et de rechercher, de suite ou après cicatrisation, des prolongements se dirigeant vers le crâne; la résection de la mâchoire supérieure, qui donne un jour considérable, permettra de bien explorer tout le champ opératoire et d'enlever ces prolongements.

Le pronostic éloigné se trouve assombri du fait de cette éventualité.

Quelques inconvénients de la résection sous-muqueuse de la cloison nasale, par MERMOD (de Lausanne) (*Bulletin de laryngol.*, juillet 1909).

La résection sous-muqueuse est une bonne opération pouvant cependant présenter quelques inconvénients bien minimes et pas assez sérieux pour la faire repousser: d'une part, les perforations plus ou moins étendues qu'il ne faut pas attribuer nécessairement à une faute opératoire; d'autre part, l'accolement de la cloison mobile avec une des parois nasales externes, soit à l'inspiration, soit à l'expiration, les deux muqueuses doublées chacune de péri-chondre en avant, de périoste en arrière ne s'étant pas consolidées rapidement par néoformation ostéocartilagineuse.

M. GRIVOT.

Quelques cas de rhinolithé et un cas d'otolithiase, par JOERGEN MOELLER (*Archiv. internat. de laryngol., otol.*, mars 1909).

Dans un des cas rapportés par l'auteur, il s'agissait d'un rhinolithé de forme tout à fait spéciale; en effet, dans les deux fosses nasales, existaient des masses assez volumineuses, vert grisâtre, irrégulières, dures comme la pierre, qui ne formaient cependant pas deux rhinolithes distincts, mais bien un seul, en forme de bouton de chemise, les deux moitiés se trouvant réunies par un pédicule passant à travers une perforation de la cloison.

Le cas d'otolithiase se rapporte à une suppuration chronique chez une fillette de 8 ans; dans le fond du conduit existait une masse dure comme de la pierre, qui le remplissait complètement. Après ablation sous anesthésie, on constata que le noyau était une mince feuille de métal repliée autour de laquelle s'étaient déposés des sels de chaux.

M. GRIVOT.

Sur la nature de l'ozène. De vieilles hypothèses sous une nouvelle forme, par ARTHUR ALEXANDER (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XXII, n° 2).

Toutes les théories sur l'ozène n'ont satisfait jusqu'à présent que leurs auteurs. De toutes, on peut dire qu'elles expliquent bien l'un ou l'autre symptôme de l'ozène, mais qu'aucune n'explique la nature même de cette maladie mystérieuse. Alexander passe en revue toutes les théories, excepté les théories de la nature microbienne de l'ozène. A aucun moment il ne s'arrête à cette possibilité. Il ne la discute même pas, il n'en parle même pas. Ceci s'explique par le fait qu'Alexander nous semble avoir eu une idée *a priori* sur la nature de l'ozène et ne retenir de toutes les théories que ce qui cadre bien avec cette idée. L'hypothèse d'Alexander part de l'idée qu'un certain poison congénital amène une viciation dans le chimisme de certains os, surtout des os du crâne; mais cette viciation du chimisme seul ne suffit pas, dans tous les cas, pour amener le trouble nutritif dans l'os (trophonévrose). Des facteurs physiologiques (puberté) et pathologiques (maladies infectieuses) viennent pour ainsi dire déclencher la maladie. Les cellules osseuses ont perdu leur pouvoir assimilateur, et en même temps elles laissent échapper, grâce à ce trouble d'assimilation, des produits pathologiques. Ainsi l'os est lésé en même temps que la muqueuse, et on peut voir que, si le processus ozéneux prend naissance pendant la période fœtale (?) ou dans les premières années de la vie, le nez prendra une forme en selle, et en même temps tous les os de la figure resteront atrophiés. Si la maladie se développe au moment de la croissance sur l'os plus ou moins conformé, le dos du nez sera plus ou moins aplati; le squelette osseux prendra la forme du crâne chamæprosope. Après la croissance terminée extérieurement, la tête ne présentera plus la forme connue de la tête de l'ozéneux; néanmoins on constatera dans l'intérieur du nez l'atrophie osseuse. De pair avec ces lésions osseuses marchent les lésions de la muqueuse, et nous verrons, sous la même action, les deux grands phénomènes de la maladie se produire, l'atrophie et l'hypersécrétion d'un produit tout à fait caractéristique, qui aura une tendance à la formation des croûtes et à la fétidité précisément par sa constitution chimique particulière. Que les troubles mécaniques dus à l'élargissement de la fosse nasale empêchent l'expulsion de la sécrétion, que des microbes puissent secondairement ajouter leur action à la formation des croûtes et à la genèse de la fétidité, Alexander

ne le conteste pas, mais n'y voit que des phénomènes secondaires.

L'essai d'Alexander d'expliquer la nature de l'ozène par la théorie chimique ne nous satisfait pas davantage que la théorie d'après laquelle l'ozène est une tropho-névrose. Alexander a bien essayé d'étudier les troubles chimiques, mais il s'est arrêté bien vite sur le conseil de chimistes qui lui ont fait entrevoir les difficultés insurmontables qui s'opposent à ces recherches. Laissant de côté ce qui est tout à fait hypothétique dans les spéculations d'Alexander, il nous faut insister sur le fait, bien mis en relief par Alexander, que la maladie a son point de départ dans l'os. Cette constatation se dégage des derniers travaux parus sur l'ozène et nous permettra bien d'orienter notre thérapeutique dans un sens plus conforme à la nature de la maladie elle-même. Il nous faut donc, en premier, abandonner l'idée d'avoir une action directe sur la maladie par tous les procédés qui s'adressent localement à l'affection nasale seule. Le traitement général dans l'ozène sur lequel ont insisté les anciens auteurs trouve rarement place dans nos recommandations thérapeutiques. Il faudra à l'avenir faire jouer un rôle plus grand au phosphore et à la chaux et, à cette occasion, Alexander nous recommande entre autres spécialités la solution Pautauberge, bien connue en France de ceux qui lisent les réclames.

Nous comprenons aussi, d'après Alexander, comment différents traitements proposés, l'électrolyse cuprique, les clous d'or placés dans les cornets, etc., ont pu donner des résultats au moins passagers dus à l'irritation de l'os et durant tant que durait cette irritation.

Par contre, il faut déclarer stérile tout essai de guérison de l'ozène par l'ouverture des sinus et surtout, comme il a été proposé dernièrement, par destruction du sinus ethmoïdal. S'il s'agit de véritable sinusite, son traitement s'impose tout naturellement. Mais faire, comme le dit Alexander, un voyage circulaire à travers tous les sinus pour guérir l'ozène lui paraît un procédé condamnable. Jamais le diagnostic de sinusite n'est plus difficile que quand il s'agit d'ozène. Il est certain que, là où deux muqueuses se touchent, ce qui est le cas dans le méat et dans la fente olfactive, le pus reste liquide. On trouvera donc facilement du pus à ces endroits chez les ozéneux. Si, avec la sonde, on cherche l'os dénudé, il sera facile d'avoir cette sensation, parce que la muqueuse qui couvre la région ethmoïdale est mince comme un papier de soie. Facilement une main inexercée trouvera donc de l'os dénudé et

du pus, symptômes suffisants pour permettre de dire que la sinusite ethmoïdale existe et que l'ozène en dépend.

LAUTMANN.

Sur le développement de la théorie de l'ozène, par STEINER (*Archiv f. Laryngol.*, Bd XXI, n° 2).

A voir les figures des gens atteints d'ozène, cette formation parfois repoussante de la figure avec leur front large, proéminent, la racine du nez étroite et profonde, les orbites rapprochés, le dos du nez plat et large, les ailes du nez retroussées, cerclées d'un sillon profond, on ne peut vraiment pas s'empêcher de penser qu'il existe un type de crâne ozéneux. Steiner rapproche ce type de malformation crânienne de celui décrit par Virchow chez les Crétois. La caractéristique de cette malformation crânienne est due à la synchondrose sphéno-basilaire, c'est-à-dire à la jonction cartilagineuse entre l'os occipital et l'os sphénoïdal, qui, par un travail d'ossification prématurée, empêche le développement de la base crânienne.

A côté de cette hypothèse, le travail de Steiner contient encore quelques faits prouvant qu'un processus en tout analogue à l'ozène peut se développer à la suite d'ablation des tumeurs ayant occupé la totalité d'une fosse nasale. Après leur ablation, il persiste une cavité large non cloisonnée qui ne tarde pas à sécréter un liquide avec tendance à la formation des croûtes. Ces formes d'ozène, qu'on pourrait appeler ozène post-opératoire, sont connues, mais n'expliquent nullement la nature du vrai ozène atrophiant, dont la caractéristique encore inexpiquée est précisément le caractère atrophiant. La formation des croûtes et l'odeur se prêtent facilement à la théorie par la viciation du passage de l'air ou, comme on l'a voulu dire, à l'anarchie du courant respiratoire.

LAUTMANN.

La réaction de Wassermann et l'ozène, par SOBERNHEIM (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XXII, n° 1).

Si l'ozène est une manifestation parasymphilitique, la réaction de Wassermann donnera au moins des résultats analogues dans l'ozène que dans les autres manifestations parasymphilitiques. En prenant par exemple le tabes, les différents examinateurs ont trouvé des résultats positifs variant de 60 ou à peu près 400 p. 400. En faisant les mêmes recherches pour 17 cas d'ozène vrai, Sobernheim a constamment trouvé la réaction négative. La conclusion ne s'impose-

t-elle pas que l'ozène n'est pas une manifestation parasymphilitique. Reste la supposition que l'ozène est une forme de la syphilis héréditaire (Gerber, O. Frese). Autant que les recherches, peu nombreuses, à vrai dire, sur la syphilis héréditaire le laissent constater, dans la plupart des cas, la réaction de Wassermann est positive dans la syphilis héréditaire; donc l'ozène a peu de chance d'être une forme de la syphilis héréditaire. Les conclusions de Sobernheim doivent être hésitantes, parce que le nombre des cas examinés n'est pas suffisant pour entraîner la conviction. Mais, joints aux recherches d'Alexander, qui, sur 26 cas, a également trouvé un Wassermann négatif, les résultats méritent d'être pris en sérieuse considération.

LAUTMANN.

Traitement des synéchies, par KOFLER (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1910).

Les synéchies nasales ne guérissent pas toujours après rupture à la sonde ou section par un coup de pince. Celles dues à la déviation du septum ont largement profité dans leur curabilité de la résection sous-muqueuse.

Quelquefois, des interventions toutes spéciales sont nécessaires. Ainsi Navratil a dû avoir recours à la rhino-fissure et transplantation d'un lambeau de la cuisse chez sa malade. Dans le cas de Kofler, la synéchie intéressait le canal naso-lacrimal et entretenait une fistule du sac lacrymal absolument inguérissable par les méthodes ophtalmologiques ordinaires. Kofler, après de nombreux succès, a dû se décider à pratiquer l'opération de Denker pour guérir la synéchie et à introduire un fil de soie dans le canal lacrymal pour obtenir l'épidermisation de la fistule.

LAUTMANN.

Polyphobie avec d'autres troubles nerveux chez un rhinopathe, par GIOVANNI D'AJUTOLO (*Bollettino delle malattie dell' Orecchio*, etc., janv. 1909, année 27, n° 1, p. 10).

Un jeune homme de 25 ans était atteint d'insuffisance fonctionnelle des voies aériennes supérieures, insuffisance qui s'était un peu atténuée après l'ablation de végétations adénoïdes faite l'année précédente, mais qui le gênait encore beaucoup, surtout à cause d'accès asthmatiques nocturnes.

Il présentait une sténose des deux fosses nasales avec déviation de la cloison à droite et hypertrophie du cornet inférieur à gauche.

En outre, il était atteint de désordres nerveux multiples: céphalée

frontale ; atrophobie caractérisée par de l'agitation et du besoin de crier à l'approche d'un orage ; anthropophobie ou phobie de la foule ; monophobie ou peur de se trouver seul ; claustrophobie ou crainte d'être enfermé ; sidérodromophobie ou peur d'être dans un train ; agoraphobie ; peur de l'inconnu ; peur de devenir fou et manie de la persécution ; dégoût de la vie moderne et vif désir de vivre à la campagne, où il trouvait seulement l'air et la lumière nécessaires à son existence.

Le nez du malade ayant été désobstrué, on vit disparaître peu à peu l'insomnie, les phobies, la dyspepsie, les absences, l'asthme.

Ces résultats tendent à montrer :

1° Que les phobies ci-dessus décrites dépendaient réellement de l'obstruction nasale ; il sera donc nécessaire, à l'avenir, en présence d'un cas semblable, d'avoir présente à l'esprit cette pathogénie possible.

2° Que ces phobies ne pouvaient être considérées comme essentielles, puisqu'elles ne constituaient pas à elles seules toute la maladie, mais comme secondaires à un état dégénératif, selon l'auteur, épileptoïde.

M. BOULAY.

Sur les difficultés et les complications de la résection sous-muqueuse du septum, par HORN (*Zeitschr. f. Laryngol.*, Bd. II, n° 2).

On a beaucoup écrit sur la résection sous-muqueuse du septum, mais personne n'a mentionné que cette opération élégante, et indispensable souvent, est sujette au sort de toutes les interventions endonasales. Il est même étonnant que, vu la gravité indiscutable de l'opération, dans les cas compliqués, la mortalité n'en soit pas plus grande (à peine 1 ou 2 cas mentionnés). Toujours est-il qu'on trouvera que les suites opératoires fâcheuses sont nombreuses, si, comme l'a fait Horn, on hospitalise chaque malade et qu'on le suive jour par jour. Nous ne voulons pas parler des perforations de la cloison, dont le pourcentage, malgré une technique excellente, a été dans la statistique de Horn de 8 sur 110. Probablement ce chiffre eût été plus grand sans la précaution que prend l'auteur de suturer après l'opération les déchirures. A côté de cette perforation, il y a les infections locales et générales. Parmi les premières, l'auteur mentionne l'abcès du septum (2 cas) et l'hématome du septum (4 cas), qui ont compliqué et prolongé outre mesure la période post-opératoire. L'amygdalite a été vue 13 fois (plus de 10 p. 100), et une fois cette amygdalite a été le début d'une pyémie dont le malade a guéri à grand-peine avec une endopéricardite

chronique. Horn croit que le nombre de ces tonsillites a diminué depuis qu'il conseille des gargarismes prophylactiques après l'opération avec de l'eau oxygénée très faible.

L'otite et la mastoïdite ont été vues trois fois. D'après l'auteur, cette complication serait la plus grave. « Heureusement, dit-il, elle est rare. Ni dans la littérature, ni dans une correspondance particulière je n'en ai trouvé mention. » 3 cas sur 170 chez un seul opérateur n'est déjà pas une complication rare, et ceci d'autant moins qu'il est probable qu'il n'est pas seul à avoir observé ces complications. Sous le rapport de l'otite, il serait intéressant de savoir si les opérateurs qui font un tamponnement après la résection n'en observent pas plus que ceux qui, d'après Jansen et Zarniko, ne tamponnent pas.

LAUTMANN.

Hémostase nasale préventive de l'hémorragie secondaire, par ESCAT (*Archiv. internat. de laryngol., otol.*).

Pour éviter le tamponnement post-opératoire, l'auteur a eu recours à deux procédés :

L'opération endonasale terminée, si les surfaces ischémisées par l'adrénaline sont exsangues, on badigeonne la surface opératoire avec un pinceau d'ouate imbibé de solution officinale de perchlorure ; s'il existe un écoulement de sang, il faut, au préalable, appliquer sur les surfaces une nappe de coton imbibée de cocaïne à 1 p. 40 et d'adrénaline à 1 p. 2000.

Le second procédé remplace le badigeonnage au perchlorure par l'application d'une lame d'ouate imbibée d'alcool absolu ou à 95° ou d'une solution alcoolique de tanin et laissée en place un quart d'heure.

L'opéré sera surveillé ensuite pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure ; passé ce délai, l'hémorragie secondaire est exceptionnelle, et l'on peut s'abstenir de tout tamponnement préventif.

M. GRIVOT.

Les théories pathogéniques de l'ozène, par LOUIS DAUBIGNEY (*Thèse de Montpellier, 1909, n° 44*).

Après avoir passé en revue les différentes théories pathogéniques de cette question si embrouillée de la rhinite atrophique, l'auteur n'en retient que deux : celle qui fait de cette affection une trophonévrose de cause encore indéterminée et celle qui la considère comme une infection spécifique, et il ne croit pas, contrairement à

l'opinion qui semble s'accréditer à l'heure actuelle, que la théorie tropho-névrotique doive céder le pas à la conception de l'ozène, infection contagieuse et spécifique, car on peut formuler contre cette dernière théorie plusieurs objections.

Comment se fait-il, par exemple, qu'un des nombreux produits antiseptiques employés pour le combattre n'ait pu jusqu'ici détruire l'agent pathogène, alors que dans les autres régions de l'organisme, sur des muqueuses infectées, on voit presque toujours un antiseptique arrêter l'infection, qu'elle soit spécifique ou bien due à un agent banal.

Comment, d'autre part, concilier avec cette théorie infectieuse les résultats obtenus par la méthode des injections sous-muqueuses de paraffine? On est bien obligé, pour donner une explication du phénomène régressif dans ces cas-là, de faire intervenir des actions d'ordre trophique.

Aussi l'idée est-elle souvent venue au Dr Genty, qui a inspiré la thèse, de comparer ce processus de l'ozène à l'évolution des lésions cutanées eczémateuses. De même que, dans l'eczéma, il faut chercher la cause bien loin dans une modification humorale, de même, dans l'ozène, doit-on chercher sa cause ailleurs qu'au point malade et invoquer, par exemple, l'insuffisance fonctionnelle d'un organe quelconque, un trouble dans une fonction glandulaire. C'est ainsi que le Dr Genty a pensé bien des fois que la rhinite atrophique pouvait peut-être se produire à la suite d'un trouble fonctionnel dans l'appareil génital.

LÉON VIDAL.

Sur un cas d'atrésie congénitale osseuse de la choane droite, par RUGGERI LUIGI (*Bollettino d. mallat. dell' orecchio*, etc., déc. 1909, n° 12, p. 265).

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans qui, sans avoir jamais éprouvé de difficulté à respirer par le nez, était incommodée par une grande quantité de mucus qui obstruait sa narine droite : un médecin avait diagnostiqué un polype muqueux.

La fosse nasale correspondante avait des dimensions normales, mais ne laissait pas voir la paroi postérieure du pharynx : dans la profondeur, on distinguait une surface rosée, formant un plan continu résistant au toucher avec le stylet ; l'air ne passait pas du tout par cette narine. La rhinoscopie postérieure révélait la présence d'un diaphragme recouvert d'une muqueuse d'aspect normal et fermant complètement la choane. Le toucher digital confirmait les résultats de cet examen.

Il existait une asymétrie faciale évidente, par saillie plus grande de la moitié droite du visage. Ataxie dentaire avec palais ogival. Anosmie du côté droit, audition normale des deux côtés. Rhinolalie.

L'ablation du diaphragme faite sous le chloroforme à l'aide d'un solide bistouri montra que la cloison était constituée par une double paroi : un septum antérieur, mince, mais solide, constitué par l'union de la partie postérieure du cornet osseux et du plancher avec la cloison nasale ; à mi-hauteur, celle-ci se soudait à un véritable diaphragme osseux de plus grande épaisseur et formant une sorte de bulle osseuse qui fermait toute communication entre la cavité nasale et le pharynx. Il s'agissait sûrement d'une malformation congénitale.

La malade recouvra à la fois la respiration et l'odorat.

M. BOULAY.

Corps étranger du naso-pharynx, par ARENDARENKO (*Viestnik ouchnich bolezney*, déc. 1909).

Une sangsue ayant pénétré dans la bouche avec de l'eau et de là dans le naso-pharynx y est restée douze jours et a été extraite vivante à l'aide d'une pince de Juracz. Le seul symptôme observé était des expectorations sanguines continues.

TRIVAS.

Les polypes choanaux, par DOLGOPOLW (*Chirurgia*, sept. 1909).

L'auteur décrit un cas de très gros polype choanal chez une femme de 57 ans. La tumeur s'insérait par un long pédicule sur le bord de la choane gauche et venait plonger dans la bouche jusqu'aux dents antérieures. Le polype a été enlevé à l'anse froide.

TRIVAS.

Contribution à la théorie et au traitement de la fièvre des foins, par HOFFMANN (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 8, 1910).

C'est avec de gros caractères que Hoffmann fait imprimer que l'hyperplasie de la glande thyroïde est la lésion primaire et la fièvre des foins la lésion secondaire. Les théories peuvent être fausses et, malgré cela, donner naissance à des conclusions thérapeutiques utiles. Voici donc la façon dont Hoffmann soigne ses malades. Dix à quinze jours avant la floraison des graminées, il fait prendre trois fois par jour X gouttes d'extrait d'*Hydrastis canadensis*. Cette dose est augmentée jusqu'à XXV gouttes. Les malades

aisés sont envoyés à Hélioland ou dans l'Engadine; ils prendront de l'antithyroïdine trois fois par jour, XV gouttes, en augmentant rapidement jusqu'à 60 grammes par jour. Le malade fera bien de s'habituer au filtre nasal de Mohr. Contre les accès d'asthme, le traitement connu par la cocaïne-adrénaline. Dans les cas graves combinés avec asthme bronchique, l'auteur n'hésiterait pas à conseiller l'alcoolisation de la deuxième branche du trijumeau.

LAUTMANN.

Myxo-fibrome du sinus sphénoïdal, par F. MASSEI (*Archivi ital. di laryngol.*, juillet 1909, fasc. III, p. 100).

Un jeune homme de 26 ans, qui se plaignait d'accès dyspnéiques, surtout nocturnes, était atteint d'une énorme tumeur bilobée, rose, mobile, de consistance moyenne au toucher et qui s'apercevait très bien au-dessous du bord du voile du palais en déprimant simplement la base de la langue.

Ablation à l'anse froide.

L'examen rhinoscopique postérieur, pratiqué le lendemain, ne révélait aucune trace d'implantation du néoplasme, ni sur le bord postérieur de la cloison, ni sur la queue des cornets, ni dans les méats, ni enfin sur la voûte elle-même.

Sur le côté droit de la voûte cependant, on constatait une érosion de couleur grisâtre, à quelques millimètres au-dessus du bord choanal. Une sonde introduite par le nez, sous le contrôle de la rhinoscopie postérieure, pénétrait en ce point dans la région sphénoïdale. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un myxo-fibrome.

Le polype était vraisemblablement originaire du sinus sphénoïdal.

Mais pourquoi s'était-il développé dans le cavum et non dans la fosse nasale correspondante ?

Deux hypothèses peuvent être émises : ou une déhiscence congénitale, ou un reste embryologique du canal cranio-pharyngien, par lequel la muqueuse pharyngienne communique avec l'hypophyse.

L'auteur admet plus volontiers la seconde hypothèse, car il put s'assurer que la sonde pénétrait dans un véritable canal.

Ainsi il peut se développer dans le cavum des tumeurs aussi volumineuses, mais plus bénignes que les fibromes, ayant leur point d'attache sur les bords des choanes, sur les cornets ou dans les tissus, contrairement à la loi de Killian, selon laquelle le point de

départ de ces tumeurs serait constamment le sinus maxillaire. Ce cas montre que le sinus sphénoïdal peut être également l'origine de semblables néoplasmes.

M. BOULAY.

Extraction d'un corps étranger du sinus maxillaire par l'endoscopie, par IMHOFER (*Zeitschr. f. Laryngol.*, Bd. II, n° 5).

Les corps étrangers des sinus commencent à fournir une casuistique riche depuis que les interventions chirurgicales sur le sinus sont devenues plus fréquentes. Comme le malheur d'introduire contre notre volonté un corps étranger dans le sinus peut nous arriver à tous, il est intéressant de voir de quelle façon Imhofer s'est tiré de pareille mésaventure.

Chez une malade atteinte de sinusite maxillaire, les lavages n'ayant pas amené rapidement la guérison, Imhofer s'est proposé d'ouvrir le sinus par l'alvéole. Déjà à ce moment la fraise s'étant cassée dans l'alvéole, il lui a fallu immédiatement ouvrir la fosse canine. Chose curieuse, Imhofer n'a pas continué l'opération par le procédé de Cooper. Au bout de cinq semaines, la malade se plaignait qu'elle n'arrivait pas à introduire facilement la prothèse par l'alvéole. Imhofer trouve que le canal était rempli de granulations. Voulant les réprimer, il introduisit une sonde portant au bout du coton trempé dans la solution de cocaïne. Quand il retire la sonde, il s'aperçoit avec effroi que le coton était resté dans le sinus. Imhofer essaye de retirer ce coton avec différents instruments (pince, crochet, fil de fer tordu, etc.) ; il essaye des lavages forcés par l'alvéole et par l'ostium naturel. Il essaye, d'après le procédé de Gomperz, d'aspirer le corps étranger par une seringue introduite dans le canal alvéolaire, après avoir rempli le sinus avec de l'eau.

Tout resta vain, et il renvoya le malade, espérant probablement que la nuit allait porter conseil. Déjà le troisième jour, naturellement, le sinus avait commencé à sécréter du pus fétide. Le malade avait déjà consenti à une nouvelle ouverture du sinus maxillaire, par la fosse canine, qui paraissait inévitable, quand Imhofer, qui entre temps n'avait pas cessé d'étudier la littérature, tomba sur le travail de Sargnon, qui, grâce à l'endoscopie, avait réussi à retirer un drain du sinus maxillaire par une ouverture sus-alvéolaire. S'inspirant de cette lecture, Imhofer fit transformer le spéculum de Zaufal en endoscope, qu'il réussit à introduire par l'alvéole. D'abord on ne voyait pas de trace du corps étranger, mais, après avoir irrigué le sinus, un corps étranger se présentait devant le

spéculum. Mais, comme l'instrument n'avait que 5 millimètres de largeur, il ne donnait passage à aucun instrument qui aurait pu, sous le contrôle de l'œil, faire l'extraction du corps étranger. Maintenant, ne pouvant saisir directement le corps étranger, Imhofer ne voyait plus autre chose à faire que d'essayer de nouveau le procédé d'aspiration d'après Gomperz. Il introduisit par le tube endoscopique hermétiquement un tube en caoutchouc de 0^m,50 de longueur (demi-mètre?) et adopta à ce tube une seringue par laquelle il fit faire à son assistante une aspiration. Au deuxième essai, elle signale une résistance : le tube de caoutchouc s'aplatissait. Rapidement Imhofer retire le drain et le tube en même temps et trouve accolé à ce dernier le coton. Rapide guérison.

Il est évident qu'un corps étranger dans un sinus est toujours indication pour nous d'intervenir. On a pu voir, dans le récit de l'observation, qu'il ne faut pas toujours recourir à l'*ultima ratio* et ouvrir le sinus par la fosse canine. L'idée si heureuse de Sargnon d'introduire un tube pourra être mise à exécution s'il existe déjà une fistule. Si tous les petits procédés pour capturer le corps étranger ne réussissent pas, il nous paraît certainement plus rationnelle d'ouvrir la fosse canine sous anesthésie locale que de faire une brèche pour introduire l'endoscope. A ce propos, il ne paraît pas inutile de remarquer que la reconnaissance du corps étranger dans le sinus maxillaire n'est pas toujours aisée, surtout si les renseignements anamnestiques ne sont pas très exacts.

LAUTMANN.

Parésie du nerf moteur oculaire commun et maladies nasales,
par C. ZIEM (*Arch. internat. de laryngol.*, sept. 1909).

Les maladies du sinus sphénoïdal peuvent se propager au nerf optique ; cependant le rétrécissement du champ visuel dépend, dans beaucoup de maladies nasales, non d'une inflammation du nerf optique lui-même, ni d'affections rétro-oculaires, mais plutôt intra-oculaires, à savoir dilatibilité et érectilité de l'uvée et vascularité extrême du corps ciliaire, dont la congestion excessive trouble naturellement aussi la circulation dans la couche pigmentaire et par cela la fonction de la rétine.

Dans le syndrome sphénoïdal, qui se compose quant à l'œil de larmoiement, de photophobie, de blépharospasme, de douleur en comprimant l'œil en arrière, de rétrécissement du champ visuel, etc., il manque un symptôme qui n'est pas tout à fait rare, à savoir la parésie ou la paralysie des nerfs moteurs oculaires externe ou

commun, à une période où, comme dans la thrombose du sinus caverneux ou dans les tumeurs sphénoïdales, il n'y a pas encore protrusion de l'œil, ni ophtalmoplégie totale.

Les nerfs dans la traversée du sinus caverneux sont intéressés lorsque la circulation veineuse se trouve modifiée ou directement s'ils sont contigus à la paroi latérale du sinus, dont la lame osseuse est parfois très mince.

M. GRIVOT.

Collection liquide à corpuscules de myéline des sinus frontaux,
par MERMOD (*Arch. internat. de laryngol.*, sept. 1909).

Quand le globe oculaire est repoussé hors de sa loge par un désordre dans les cavités annexielles du nez, la cause en est presque toujours dans la présence d'une tumeur ou d'une collection purulente ouverte ou fermée. Le diagnostic différentiel entre les deux ne semble pas devoir laisser place à l'erreur, et pourtant de semblables erreurs sont possibles.

Le malade observé présentait un exophtalmus gauche énorme et, au-dessous de l'orbite, la région frontale, sur une hauteur de 3 à 4 centimètres, était soulevée par une masse dure, bosselée, à peine élastique, le bord osseux sus-orbitaire ne pouvant être reconnu. A droite, dans l'angle orbitaire supéro-interne, existe également une tumeur bosselée, dure.

L'examen rhinoscopique, absolument négatif, permettait d'admettre l'existence d'une tumeur maligne à évolution lente (six ans) n'ayant probablement pas encore envahi la cavité crânienne.

Dès l'incision des téguments, on pénètre dans une vaste cavité formée par les deux sinus et communiquant avec la cavité orbitaire gauche; elle contient un liquide opaque, inodore, gris jaune, très visqueux et difficile à évacuer.

L'examen microscopique du liquide montre qu'il ne s'agit pas de pus, car il ne contient pas un seul leucocyte; il est essentiellement constitué par une masse de corpuscules de myéline.

M. GRIVOT.

Contribution à l'étude de la sinusite maxillaire, par N. TAPTAS
(*Archiv internat. de laryngol.*, nov. 1909).

Le traitement de la sinusite maxillaire semble définitivement fixé et résolu.

1° L'opération de Caldwell-Luc est l'opération spéciale qui suffit toujours à guérir la sinusite maxillaire la plus grave;

2° Il faut toujours essayer de guérir toute sinusite maxillaire par les lavages faits à travers le méat inférieur et le traitement médical ;

3° Toute sinusite aiguë qui ne cède pas au traitement médical et aux lavages par ponction du méat inférieur peut guérir par l'installation d'une communication permanente entre le sinus et le nez, au moyen d'une ouverture du sinus par voie endonasale au niveau du méat inférieur ;

4° Avant tout traitement, on cherchera s'il n'y a pas des dents malades ou plombées, et on examinera si la suppuration n'est pas entretenue par elles.

M. GRIVOT.

Parésie du nerf oculo-moteur due à la sinusite sphénoïdale, par ZIEM (*Journ. of Laryngol.*, Bd. XXV, n° 5).

Depuis plusieurs années, les articles de Ziem ont plutôt un intérêt pour les oculistes. Les rhinologistes liront toujours avec curiosité les paradoxes de Ziem. Dans notre thérapeutique, nous oublions trop souvent de nous informer des conditions d'habitation de nos malades. Bien à tort, car, quant aux sinusites, au lieu de réséquer les parois des sinus, il vaudrait mieux, d'après Ziem, abattre plutôt les parois des habitations humides. Après vingt ans, Ziem prédit que le plus grand progrès en ophtalmologie est à attendre de l'étude de la relation des maladies du nez et des yeux. Ziem, ne perdant pas cette relation de vue, a guéri un cas de paralysie à rechute de l'oculo-moteur par un traitement endonasal. Mais nous nous refusons à partager l'enthousiasme de Ziem pour la douche nasale, rétro-nasale, frontale et ethmoïdale donnée avec succès avec une seringue. Quant à la sinusite sphénoïdale, cause de troubles oculaires, on oublie trop souvent, dit Ziem, que c'est à Berger (de Paris) qu'on doit les premières recherches anatomiques, cliniques et bibliographiques concernant ce chapitre.

LAUTMANN.

Troubles oculaires dus aux sinusites, par WAXHAM (*The laryngoscope*, n° 2, t. XX).

Il le faut déclarer expressément, car ce fait ne semble pas assez connu ni des rhinologistes ni des ophtalmologistes, que souvent, plus souvent même qu'on ne le croit, les sinus peuvent paraître absolument normaux à l'inspection et être réellement la cause de graves lésions oculaires. Chose curieuse, ces lésions oculaires,

qui plus tard ne seront rien moins que l'atrophie du nerf optique, peuvent longtemps passer inaperçues si on ne recherche pas assez délicatement les premières lésions du fond de l'œil et surtout le scotome central. Nombreuses sont les observations publiées tout dernièrement sur ce sujet. L'une d'elles, publiée par Fuchs, déjà souvent citée, est la suivante. Un homme de 40 ans était devenu amaurotique de son œil droit, cinq ans avant de se présenter à Fuchs. A ce moment, il se plaignait de légers troubles de l'œil gauche, de douleurs au-dessus de l'orbite à gauche. Les mêmes symptômes auraient précédé la maladie de l'œil droit. L'examen ophtalmoscopique montrait à droite une atrophie du nerf optique, tandis qu'à gauche l'examen ophtalmoscopique était absolument négatif avec vision normale. Mais en recherchant soigneusement la fonction du nerf optique, Fuchs a pu déceler un commencement de scotome pour le rouge et pour le vert. Le diagnostic de début de névrite rétro-bulbaire s'imposait, et comme rien autre ne pouvait être incriminé, Fuchs fait ouvrir les sinus ethmoïdal et sphénoïdal par Hajek, qui trouve que la muqueuse des deux sinus était dans un état de dégénérescence polypoïde. Le résultat a été une complète guérison de l'œil. Très rapidement Waxham nous raconte également l'histoire d'un médecin très célèbre de Chicago, qui, considéré par tous les médecins qui l'ont soigné comme atteint d'ataxie locomotrice (?), a été heureusement pour lui, examiné par un rhinologiste qui, après lui avoir ouvert le sinus sphénoïdal, l'a immédiatement guéri de son affection cérébrale. Enfin l'auteur nous rapporte une observation personnelle concernant une jeune fille qui se plaignait d'obstruction nasale, de l'existence d'une petite tumeur de l'angle de l'œil et de protrusion du globe de l'œil. Après avoir cureté le sinus ethmoïdal et sphénoïdal, la malade a été entièrement guérie.

LAUTMANN.

Le traitement des sinusites périnasales par l'aspiration, par
WALB et HORN (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LVII, n° 4).

Quand nous aurons dit que les auteurs ont eu avec l'aspiration de bons résultats dans la sinusite aiguë et qu'ils n'ont guéri aucun cas de sinusite chronique par l'aspiration, beaucoup de lecteurs cesseront de lire la suite en se disant qu'avec tous les traitements on obtient les mêmes résultats. Pourtant l'article se prête à quelques remarques. D'abord la technique. L'ancien masque de Sondermann a bientôt prouvé son insuffisance. Les autres appa-

reils ne l'ont pas remplacé avec beaucoup plus de succès. Tous ces appareils avaient le grand défaut de ne pas permettre une aspiration assez énergique.

Moins sensible nous paraît leur autre défaut de ne pas permettre de mesurer la pression négative développée. Walb et Horn ont indiqué un appareil permettant le développement d'une force aspiratrice qu'il ne sera jamais nécessaire d'atteindre. Leur appareil est actionné par une pompe aspiratrice combinée à un manomètre et se terminant par un récipient en verre pouvant contenir 50 centimètres cubes de sécrétion. Si l'on considère que les auteurs, ont dû appliquer un récipient de cette capacité à leur appareil, tandis que les autres embouts nasaux vendus couramment avec les appareils aspirateurs peuvent contenir à peine quelques grammes, on se rend compte de la quantité de pus que l'appareil peut extraire d'un sinus. Cette aspiration se fait assez rapidement, généralement en moins d'une minute.

Nous avons déjà dit que les meilleurs résultats ont été obtenus dans les sinusites aiguës. Une bonne aspiration peut être suivie d'une cessation presque immédiate des douleurs. Pourtant cette aspiration, sauf dans les cas aigus, ne semble pas être tout à fait sans danger. Les auteurs conseillent de ne pas faire usage de très fortes aspirations pour ne pas provoquer des hémorragies dans le sinus, qui infailliblement se produiraient et augmenteraient les troubles existants. Si, dans les sinusites aiguës, l'aspiration peut tout au plus amener une amélioration, elle s'est montrée, entre les mains de Walb et de Horn, comme très précieuse pour raccourcir le temps post-opératoire après opération de la sinusite frontale.

A propos des sinusites frontales, les auteurs, sans admettre l'ozène comme maladie de foyer, et surtout de foyer sinusal, ont tout de même fait, chez une jeune fille de 17 ans atteinte d'ozène, le tour de tous les sinus pour la débarrasser d'un ozène typique, avec le résultat que, malgré le nettoyage de tous les sinus, la suppuration dans le nez a continué. Dans ce cas, l'aspiration s'est également montrée insuffisante.

Deux autres cas d'ozène sont publiés, qui, opérés de sinusite, ont tous les deux failli mourir l'un de méningite, l'autre de pneumonie par aspiration. Ces cas, échappés par miracle à la mort, ne figureront dans aucune statistique pouvant assombrir le pronostic des grandes interventions sur le sinus.

Les auteurs n'ont pas insisté suffisamment sur la seule grande valeur de l'opération constatée du reste par eux-mêmes: c'est celle de contribuer à la reconnaissance des sinusites. Il est probable que,

d'après la nouvelle technique préconisée par les auteurs, l'aspiration pourra être employée plus souvent dans ce but qu'on ne le fait généralement. Seule une pompe pourra donner la pression nécessaire de 12 à 13 centimètres cubes pour les cas chroniques.

LAUTMANN.

Mucocèle du sinus sphénoïdal compliqué de névrite optique.

Opération; guérison, par HAJEK (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1910).

La mucocèle, ou l'hydropsie du sinus frontal ou des cellules ethmoïdales, est très bien connu et souvent décrit surtout par les rhinologistes allemands. Le cas de mucocèle du sinus sphénoïdal observé par Hajek est, d'après lui, unique dans la littérature, à moins que Roland n'ait communiqué à la Société française d'otologie, en 1890, un cas de mucocèle et sur lequel Hajek n'a pu se procurer des renseignements plus précis qu'une analyse. Dans le cas de Hajek, le diagnostic n'a pas dû être difficile, car, après ouverture d'une tumeur sise au-devant du sinus sphénoïdal, il s'est échappé la valeur d'une cuillerée à café d'un liquide muco-séreux, et la sonde a pu être introduite jusqu'à 9 centimètres, ce qui suffit pour dire que la sonde était dans le sinus sphénoïdal. Une névrite optique existant depuis trois mois a promptement disparu à la suite de l'ouverture de cette mucocèle du sinus sphénoïdal.

LAUTMANN.

Affection gommeuse des sinus frontaux et des cellules ethmoïdales,
par JULIUS VEIS (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XXI, n° 3).

La syphilis des sinus périmasaux offre au diagnostic des difficultés parfois insurmontables, et il ne reste vraiment qu'un seul moyen de ne pas les méconnaître, c'est de songer à la syphilis chaque fois qu'une sinusite se présente avec des caractères anormaux. La littérature n'étant pas très riche sur ce sujet, il nous paraît intéressant de rapporter l'observation suivante avec quelques détails.

Une femme de 34 ans se plaint depuis deux ans de céphalée venant par intervalles. Depuis un an, existe une tuméfaction à la racine du sourcil augmentant depuis peu. Écoulement jaunâtre des deux narines. A l'examen, on constate que la tuméfaction occupe la région des deux sinus frontaux et la racine du nez. L'intérieur du nez paraît normal, et la ponction ramène seulement du sinus maxillaire gauche un seul bloc de pus.

On fait le diagnostic de sinusite fronto-ethmoïdale double, et on propose à la malade l'opération radicale. A l'opération, on trouve une destruction de l'os des deux sinus frontaux, qui sont remplis de masses grumeleuses, mais ne contiennent pas de pus. L'aspect des lésions était si exceptionnel pour la sinusite ordinaire que la malade, pressée de question, avoue avoir eu la syphilis huit ans auparavant. On institue le traitement par l'iodure de potassium, et la malade finit par guérir. Les lésions constatées pendant l'opération étaient telles qu'il n'y avait pas lieu de croire que la malade eût pu guérir sans opération.

LAUTMANN.

Examen microscopique de la muqueuse provenant de 165 sinusites périmaxillaires chroniques suppurées. Remarques sur la genèse du carcinome pavimenteux de ces sinus, par OPPIKOFER (Archiv f. Laryngol., Bd. XXI, n° 3).

A lire les résultats de ces 165 examens histologiques, on est frappé d'une chose, c'est que l'épithélium cylindrique des cavités périmaxillaires ne se transforme pas facilement en épithélium pavimenteux, même si la muqueuse est le siège d'une suppuration très ancienne. Oppikofer, il est vrai, arrive à un résultat juste opposé, parce que, aux résultats simplement obtenus par ses recherches si patientes, il fait subir une transformation hypothétique. Ainsi, par exemple, il trouve que, sur 118 muqueuses provenant des sinus maxillaires, 48 fois on a pu constater par endroit l'existence d'épithélium pavimenteux. Il est probable que, même dans ces 48 cas, la plus grande partie de la muqueuse sinusale avait gardé son caractère cylindrique et que la métaplasie ne s'était faite que par endroits. Oppikofer le dit du reste lui-même, que l'épithélium pavimenteux n'occupe qu'une partie infiniment petite de la muqueuse, comparée avec ce qui est couvert d'épithélium cylindrique. Cette constatation est très intéressante parce qu'elle permet des déductions pratiques importantes, auxquelles du reste Oppikofer ne s'arrête pas. En tout cas ses recherches pourront un jour être utilisées pour élucider la question si la muqueuse sinusale doit être curettée parce que dégénérée, ou si elle peut être conservée comme étant susceptible de réparation spontanée. Oppikofer dit que la constatation de la métaplasie de l'épithélium permet de juger du caractère chronique de la suppuration. Pourtant il dit lui-même que les exceptions sous ce rapport sont très nombreuses et qu'il a examiné des muqueuses qui ne présentaient pas trace d'épithélium pavimenteux, malgré qu'elles

fussent atteintes de suppuration ancienne et fétide. Un autre caractère de la chronicité de l'inflammation serait l'existence des lymphocytes.

Très intéressantes sont les idées d'Oppikofer sur la pathogenèse des cancers du sinus maxillaire. C'est un fait que la muqueuse de l'antre d'Highmore donne relativement souvent naissance au cancer. Oppikofer n'est pas très éloigné de croire que ce cancer se développe sur une muqueuse atteinte d'inflammation, de sorte que, avant le cancer, il y aurait eu toujours sinusite maxillaire. Un cas rapporté par Oppikofer, analysé dans les *Annales* (1910, n° 4, p. 423) semble lui donner raison.

La muqueuse sinusale d'une femme opérée de sinusite maxillaire a été trouvée atteinte de cancer typique. Cette dégénérescence de la muqueuse a été une trouvaille du microscope, car macroscopiquement rien ne permettait de songer au cancer. En conséquence, Oppikofer demande de faire toujours l'examen de la muqueuse du sinus quand la sinusite a été opérée chez des individus d'un certain âge et qu'il y a des symptômes suspects.

LAUTMANN.

Opération de la sinusite frontale, par DAHMER (*Archiv f. Laryng.*, Bd. XXI, n° 3).

« Les plus beaux résultats sont encore assez mauvais, » a dit un jour Passow en parlant de la méthode de Killian pour le traitement de la sinusite frontale. Aujourd'hui on a reconnu que c'est le seul procédé permettant sûrement la guérison de la sinusite frontale. Dahmer semble être arrivé à cette idée sur le traitement de la sinusite frontale, quoique à lire les quelques observations publiées par lui il essaye également, comme les autres, de guérir les sinusites frontales par des procédés endonasaux. Mais, en règle générale, Dahmer fait le Killian, et presque toujours, même chez les femmes, sous anesthésie locale. Pourtant nous ne pouvons pas expliquer comment sa façon d'anesthésier peut lui permettre de faire des opérations qui durent, comme il dit, quelquefois plus de deux heures. Il injecte une seringue de Pravaz contenant une solution légèrement chauffée de cocaïne à 1 p. 100 additionnée de III à IV gouttes de suprarenine sous le périoste, au-dessus de l'angle interne de l'œil, sous le sourcil. Il attend dix à vingt minutes et commence ensuite le Killian, qu'il fait généralement de la façon typique. Exceptionnellement il modifie le Killian, surtout en ne conservant

pas de pont quand la hauteur du sinus est de 2 centimètres. Dans ces cas, il enlève la paroi orbitale et la paroi nasale et obtient des résultats esthétiques parfaits. En terminant, Dahmer a rapporté 60 observations.

LAUTMANN.

L'ouverture large du sinus maxillaire par le méat inférieur avec ouverture persistante après plastique, par DAHMER (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XXI, n° 2).

Quoique nous ne soyons plus embarrassés pour les procédés permettant l'ouverture du sinus maxillaire par la fosse nasale, il nous faut signaler le procédé de Dahmer, parce que l'auteur, qui paraît disposer d'une grande pratique chirurgicale, s'en déclare très satisfait, non pas qu'il prétende guérir toutes les sinusites par son procédé : il dit lui-même avoir été obligé de faire le Caldwell-Luc. Chose curieuse, Dahmer ne suture pas toujours la plaie orale dans le Caldwell-Luc. Quant à l'opération de Dahmer, elle se compose des actes suivants : anesthésie du pôle antérieur du cornet inférieur et du plancher nasal par badigeonnage à la cocaïne à 10 p. 100 ; injection sous-muqueuse d'une à trois seringues de cocaïne-adrénaline, incision verticale jusqu'à l'os partant de l'insertion du cornet jusque dans le milieu du plancher ; résection du cornet dans son tiers antérieur ; libération du lambeau de la muqueuse du méat inférieur jusqu'à peu près le milieu du plancher. Ce lambeau sera maintenu avec une mèche de gaze contre le septum. Ensuite on ouvre avec la gouge la paroi médiane du sinus dans une largeur de plus d'un franc. Curettage du sinus, lavage, séchage. Plastique du plancher avec le lambeau préparé et fixation avec quelques mèches de gaze de coton. L'auteur a opéré d'après cette méthode plus de 120 cas. La brèche faite persiste et permet aux malades de se nettoyer seuls leur sinus.

LAUTMANN.

Un cas de calculose dans les sinus maxillaire et sphénoïdal, par VON ZUR MUHLEN (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XXI, n° 2).

Le cas rapporté par von zur Muhlen est si rare que nous ne croyons pas qu'on trouvera un cas analogue dans la littérature. Les 5 cas d'Oppikofer ne se laissent pas comparer avec le cas observé par l'auteur chez un homme qui, depuis deux ans, se plaint d'écoulement de la narine gauche et d'obstruction nasale. Trois mois avant l'examen, s'est développée une fistule dans l'angle interne de l'œil avec exophtalmie.

Le diagnostic de sinusite combinée a été justifié par l'opération. On a ouvert d'après Killian le sinus frontal et on a retiré sous forme de séquestre l'éthmoïde presque entier.

Dans la même séance, l'antre d'Highmore a été ouvert. Il eût été facile d'ouvrir par l'énorme brèche le sinus sphénoïdal ; von zur Muhlen ne l'a pas fait. Quelques mois plus tard, il a eu occasion de revoir son malade, parce que le nez contenait une masse dure blanchâtre, qui, quoique mobile, ne cédait à aucune traction. Il était impossible de broyer cette masse, de sorte qu'il a fallu faire une deuxième opération, qui consistait à ouvrir l'ancienne brèche. Là on voyait un corps étranger rond, de la grandeur d'une pomme de terre, baignant dans des granulations. Mobile dans toutes les directions et ne se laissant pourtant pas extraire, il se perdait dans la région du sinus sphénoïdal. Les granulations saignaient abondamment ; le calcul, car il ne s'agissait pas d'autre chose que d'un calcul, résistait à tous les essais de broiement. Il ne restait rien d'autre à faire que d'arracher le calcul de son siège, quitte à entraîner avec lui l'œil. Enfin, à une traction énergique, le calcul a cédé. Il se composait de deux parties inégales, dont une remplissait le sinus maxillaire et l'autre le sinus sphénoïdal.

Comment un si énorme calcul n'a-t-il pas été reconnu lors de la première opération ? On se rappelle que le sinus sphénoïdal n'a pas été ouvert ; donc la partie du calcul qui se trouvait dans le sinus sphénoïdal n'a pas été reconnue. Quant à la partie du sinus maxillaire, il est plus que probable qu'elle a été prise pour la paroi postérieure du sinus maxillaire recouverte de granulations. Ce calcul a commencé à se mobiliser seulement après l'ablation du séquestre.

LAUTMANN.

Quelques mots sur la sinusite frontale, par ZIEM (de Dantzig)
(*Archiv intern. de laryngol., otol.*, janv. 1909).

L'auteur reste surpris de trouver encore des partisans de la diaphanoscopie des sinus maxillaires et frontaux, malgré ses objections théoriques et malgré les échecs subis dans la pratique par de nombreux spécialistes.

Il conseille de substituer à l'éclairage le lavage probatoire, même pour le sinus frontal, en pratiquant une petite ouverture à la vrille au niveau du rebord orbitaire, l'examen radiographique étant également sans valeur.

Le traitement local permet d'obtenir des guérisons sans recourir à l'opération ; il consiste en lavages du nez à l'eau salée avec la

pompe foulante continue et des tubes agissant vers les parties supérieures ethmoïdales et frontales ; application d'emplâtres dérivatifs (vésicatoires) dans la région frontale et application de sangsues sur la région frontale et naso-frontale, sur la racine du nez.

M. GRIVOT.

L'hypophysectomie et la rhinologie moderne, par CITELLI (de Catane) (*Bollettino delle malattie dell' orecchio*, etc., juin 1910, n° 6, p. 421).

L'auteur considère que la résection de l'hypophyse a perdu dans les mains des rhinologistes, habitués depuis quelques années à opérer sur l'ethmoïde et de sphénoïde, une bonne part de l'extrême gravité qu'elle a eue jusqu'ici.

Il est donc logique et utile que les rhinologistes pratiquent l'hypophysectomie.

Pour ces raisons, l'auteur a fait depuis quelques mois plusieurs hypophysectomies sur des cadavres par les voies naturelles.

Pour pouvoir enlever l'hypophyse centrale avec le plus de commodité et de sécurité, il est nécessaire d'enlever auparavant non seulement le cornet moyen et les cellules ethmoïdales inférieures avec le cornet supérieur, mais aussi la partie antérieure du cornet inférieur, et surtout de pratiquer une ouverture de la partie ethmoïdale du septum nasal, de façon à pouvoir ouvrir le sinus sphénoïdal sur la ligne médiane.

Il est en effet de la plus grande importance de se maintenir aussi près que possible de la ligne médiane et d'ouvrir largement les deux sinus. Par ce procédé, on voit très bien en haut, ou en haut et en arrière, à l'intérieur de la cavité du sinus, le fond de la selle turcique, qui forme la partie supérieure ou supra-postérieure du sinus.

On pratique alors sur le toit de celui-ci, au moyen d'un ciseau étroit et long de 18 centimètres environ, un trou de 8 millimètres de diamètre. L'hypophyse est enlevée avec une curette de dimensions appropriées.

Toute l'opération pourra être exécutée sur le malade par des voies naturelles et le plus souvent au moyen de l'anesthésie cocaïne-adréralinique.

Il est préférable de pratiquer l'opération en deux temps : dans un premier, on fera les opérations préliminaires sur le septum et sur les cornets ; dans le second, on ouvrira les sinus sphénoïdaux et on enlèvera l'hypophyse.

L'auteur attire l'attention sur l'hypophyse pharyngée de l'homme découverte depuis plus de deux ans ; les études de Civalleri, de Hahenfeld et de Citelli ont fait connaître ce nouvel organe comme constant, ou presque, à toutes les époques de la vie et avec une fonction probablement identique à celle de l'hypophyse centrale.

Étant donnée cette découverte récente, il ne faut plus désigner l'ablation de l'hypophyse centrale sous le simple nom d'hypophysectomie, mais sous celui d'hypophysectomie centrale, afin de la différencier de l'opération qui consiste à enlever la seule hypophyse pharyngée (hypophysectomie pharyngée).

On appelle hypophysectomie totale l'opération qui comprend l'ablation de l'une et de l'autre.

M. BOULAY.

II. — PHARYNX.

Le diagnostic clinique de la tuberculose des amygdales, par W. HURD et JONATHAN WRIGHT (*Archiv. internat. de laryngol., otol.*, mars 1909).

Les rapports physiologiques entre les amygdales palatines et les ganglions lymphatiques situés à l'angle de la mâchoire, en avant du sterno-cléido-mastoïdien, ont été mis en évidence par de nombreux auteurs. Quand ces ganglions cervicaux sont envahis, il y a toujours lésion évidente de l'amygdale correspondante ; parfois cependant le bacille ne laisse pas grande trace de son passage sur l'amygdale atteinte.

Le diagnostic clinique de la tuberculose primitive de l'amygdale a été fait sur l'état des ganglions et d'après l'état de l'amygdale elle-même ; exceptionnellement il s'agit d'amygdales pédiculées, tandis que des lésions des amygdales enchatonnées retentissent régulièrement sur les ganglions.

L'amygdale est d'ordinaire pâle et les cryptes contiennent des débris caséux ; le bord du pilier antérieur peut avoir une hyperémie passive.

Les amygdales de la variété enchatonnée, enlevées dans les cas de réaction ganglionnaire légère, ont montré d'habitude sous le microscope des lésions chroniques, sauf un cas d'amygdale tuberculeuse. Dans 20 cas où les ganglions furent considérés comme cliniquement tuberculeux ou à la veille de l'être, huit fois les amygdales furent reconnues tuberculeuses sous le microscope.

M. GRIVOT.

Traitement rationnel et prophylaxie de l'angine, par SCHÖNEMANN
(*Corresp. Blatt f. schw. Ärzte*, n° 9, 1910).

Les amygdales sont, d'après leur structure et d'après leur fonction, identiques aux ganglions ordinaires. En conséquence, l'inflammation de ce tissu est analogue à l'inflammation des ganglions ordinaires, différant seulement d'aspect clinique à cause de la localisation spéciale de cette paire de ganglions. Chaque fois que le réseau lymphatique de ces ganglions sera suffisamment infecté, les ganglions dépendant de ce réseau réagiront par une inflammation qui ne sera rien autre que l'angine tonsillaire vulgaire. Le réseau lymphatique de ces ganglions n'est en relation presque uniquement qu'avec le nez, de sorte que l'infection, pour atteindre les tonsilles, devra avoir son point de départ dans le nez. Schönemann a pu prouver, par une expérience, cette assertion. Six heures avant de procéder à la tonsillotomie chez un malade, il lui a fait dans le cornet inférieur gauche une injection sous-muqueuse de 1 gramme de la solution de lugol. En examinant l'amygdale gauche enlevée, il a pu démontrer la présence de l'iode. Point n'était besoin de faire cette expérience, puisque nous connaissons tous l'angine de Frænckel suivant de quelques jours nos interventions endonasales. Lénart, indépendamment de Schönemann, a publié des expériences tendant vers le même but, à savoir que des corpuscules injectés sous la muqueuse du cornet inférieur se retrouvent au bout de quelques heures dans les deux amygdales.

En considérant l'angine folliculaire comme une localisation secondaire d'une infection générale, Schönemann a été conduit à un traitement rationnel analogue à celui empiriquement suivi déjà depuis longtemps par beaucoup de médecins. Il donne, dans l'espace d'un quart d'heure, 3 grammes de salicylate de soude à la fois au premier signe de l'angine; avec des tisanes chaudes, il provoque une transpiration aussi énergique que possible. Rarement cette médication doit être répétée le lendemain. Quant à la prophylaxie, l'ablation des amygdales est loin de donner les résultats désirés. Il vaut mieux soigner le catarrhe chronique du nez et du pharynx, qui est toujours la cause de ces angines récidivantes. Le traitement classique est connu. Schönemann s'est bien trouvé de laisser tomber dans le nez du malade V à X gouttes d'une solution à 2 p. 100 de protargol ou 5 p. 100 de collargol.

LAUTMANN.

Traitement de l'angine lacunaire, par LAMANN (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, 1909).

L'acide chromique semble jouer un très grand rôle dans la pratique de l'auteur. Il propose de soigner l'angine lacunaire par la cautérisation des cryptes avec l'acide chromique liquéfié à l'air. Chaque crypte doit être cautérisée. Après la séance, la tonsille entière paraît être recouverte d'une pseudo-membrane. L'auteur ajoute que cette manipulation ne doit être pratiquée qu'une seule fois. L'acide chromique est employé par l'auteur pour le traitement du lupus et, d'après son opinion, c'est le meilleur moyen hémostatique. Avec une perle d'acide chromique, Lamann a réussi à arrêter une hémorragie artérielle après tonsillotomie.

LAUTMANN.

Histologie du cordon latéral (pli salpingo-pharyngé) et des granulations du pharynx dans la pharyngite latérale et dans la pharyngite granuleuse, par O. LEVINSTEIN (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XXI, n° 2).

Trente-deux pages pour l'étude histologique du tissu adénoïdien de l'oro-pharynx est certainement une mesure trop large, même quand il s'agit d'un travail aussi consciencieux que celui présenté par l'auteur, et ceci d'autant plus que le travail de l'auteur peut se résumer dans la phrase suivante, que nous extrayons du corps de l'article : « Les granulations et les cordons latéraux sont, au point de vue pathogénique, des tissus de même nature. Il n'existe qu'une différence quantitative mais pas qualitative. Les granulations ne possèdent pas de cryptes fossulées, comme dit l'auteur, parce qu'elles sont plus petites et moins agglomérées que le tissu adénoïdien, qui constitue le cordon latéral, et parce que la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx, dans sa partie médiane, se prête moins à la formation des plis que dans ses parties latérales. Quand la partie latérale du pharynx (la *plica salpingo-pharyngea*), sous l'action d'un irritant, s'hypertrophie, elle forme la pharyngite latérale. Quand l'irritation de la paroi postérieure du pharynx se localise dans sa partie médiane, elle réagit par une infiltration avec des lymphocytes qui se trouvent surtout là où se trouvent des glandes, et ainsi se forment les granulations.

LAUTMANN.

Une méthode pour l'énucléation complète de l'amygdale, par
WEST (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XXII, n° 4).

Description d'une des nombreuses méthodes actuellement en vogue en Amérique, tendant à énucléer l'amygdale entière avec sa capsule de sa loge. On emploie l'anesthésie locale de préférence à l'anesthésie générale à cause de l'hémorragie énorme à laquelle la méthode peut donner lieu autrement. De plus, West a indiqué quelques instruments spéciaux pour faciliter des différents temps de l'opération. Celle-ci se compose de trois temps : 1° on tire l'amygdale en avant et on la sectionne avec un couteau spécial en forme de L du pilier postérieur ; 2° avec un couteau droit, on fait la même séparation du pilier antérieur ; 3° l'amygdale, entièrement libérée, est sectionnée avec un couteau droit de haut en bas, entre la capsule et le muscle constricteur supérieur du pharynx. L'opération est plus facile quand on commence la section par le pilier postérieur. Si l'hémorragie ne cède pas à la compression, il faut se servir des pinces spéciales à forcipressure imaginées par l'auteur.

LAUTMANN.

Angine de Vincent à marche chronique, par LANTI PULSATERI
(*Arch. ital. d'otol.*, etc., vol. XX, 1909, fasc. I, p. 47).

Le malade atteint de cette affection souffrait de la gorge depuis un an. Il présentait dans la loge amygdalienne droite une ulcération superficielle, de la grandeur d'une pièce d'un sou, de forme ovale, à grand axe vertical, à bords légèrement saillants et infiltrés, à fond recouvert d'une fausse membrane d'un gris sale qui se laissait difficilement détacher. Dans la région sous-maxillaire, il existait deux ganglions de la grosseur d'une amande.

L'amygdale gauche, du volume d'une noix, présentait une ulcération linéaire, profonde, saignante, allongée d'avant en arrière et divisant l'amygdale en deux parties : l'une supérieure, en grande partie détruite par des ulcérations confluentes recouvertes d'une membrane gris jaunâtre ; l'autre inférieure, parsemée de petites ulcérations superficielles. Au niveau de l'angle de la mâchoire, on sentait une tuméfaction lisse, d'une dureté élastique, peu mobile sur les tissus sous-jacents, un peu sensible à la pression.

L'examen microscopique des fausses membranes apprit qu'elles ne renfermaient ni bacille de Koch, ni *Spirochæte* ; les cultures ne donnèrent lieu au développement que de staphylocoques et de quelques sarcines.

Des coupes du tissu amygdalien, colorées au bleu de Loeffler, montraient que la surface de l'organe était occupée par de nombreuses ulcérations microscopiques recouvertes d'amas compacts d'une substance finement réticulaire. A un fort grossissement, celle-ci apparaissait constituée par des bacilles de Vincent entre-croisés et formant un feutrage.

Traitement : gargarismes phéniqués, attouchements quotidiens avec une solution de chlorure de zinc à 3,5 p. 100, puis, au bout de quinze jours, avec de la glycérine iodée à 2 p. 100. Guérison en quelques semaines.

L'auteur signale les difficultés du diagnostic, en cas semblable, avec la tuberculose ulcéreuse, le lupus, le carcinome, la gomme ulcérée, etc., et l'avantage que l'on peut retirer d'un examen microscopique.

M. BOULAY.

Extraction d'une épingle de sûreté de l'œsophage par une nouvelle méthode, par CHEVALIER JACKSON (*The Laryngol.*, t. XX, n° 4).

Une épingle de sûreté ouverte, logée la pointe en haut dans l'œsophage, offre des particularités spéciales d'extraction. La tentative de la prendre avec une pince et de la retirer est grande, mais la mort serait la suite de cette extraction. Chez les adultes ou chez les enfants âgés, on pourrait peut-être songer à fermer l'aiguille, mais la dilatation de l'œsophage que nécessiterait cet acte préparatoire risque de perforer l'œsophage. Jackson a donc eu l'idée de saisir avec une pince spéciale l'épingle par son anneau, de la pousser en bas et de déloger ainsi la pointe fixée dans la muqueuse de l'œsophage. Arrivé dans l'estomac, il a fait tourner l'épingle autour d'à peu près 180° et mis ainsi l'anneau en haut et la pointe en bas. L'extraction ainsi a pu se faire chez deux enfants, dont un âgé de onze mois et l'autre de quatorze mois.

LAUTMANN.

Les diverticules pharyngés de Kirchner et de Pertik et leur signification clinique, par F. PETERS (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LVIII, n° 3-4).

Cet article constitue un chapitre d'une thèse de doctorat élaborée dans le service de Körner. Il faut avouer qu'elle nous rappelle une étude trop délaissée par les rhinologistes. Tandis que les diverticules de l'œsophage nous sont actuellement bien connus, peu de rhinologistes savent que derrière la trompe d'Eustache, autour de la fossette de Rosenmüller et à ses dépens, peuvent exister (ou

se développer) des diverticules qui cliniquement peuvent être du plus haut intérêt. Nous renvoyons à la lecture de la thèse pour ce qui a trait à la partie anatomique. Nous retiendrons seulement rapidement 3 observations pour montrer quel intérêt pratique s'attache à la connaissance de ces diverticules.

Un homme de 62 ans se plaint de picotements dans la gorge. On trouve dans les environs de la fossette de Rosenmüller gauche un enduit blanchâtre. Avec la sonde, on peut faire sortir un magma caséux comme on en trouve dans les cryptes de l'amygdale. En explorant les deux fossettes de Rosenmüller, on les trouve d'une profondeur anormale. On voit qu'un repli de la muqueuse part de la partie postérieure du bourrelet de la trompe horizontalement en arrière. A l'intersection de la paroi postérieure et latérale du pharynx, ce repli se dirige en haut. Le bourrelet tubaire se continue jusqu'à la base du crâne. Ainsi est constituée une fosse de 2 centimètres de profondeur.

Une femme de 29 ans se plaint d'un écoulement nasal tantôt aqueux, tantôt purulent. De plus elle mouche et elle crache des croûtes fétides d'une couleur rouge brun. A l'examen, on trouve que le cavum est recouvert de croûtes épaisses et dures. Le bourrelet de la trompe est normal. Un repli de la muqueuse partant de là se dirige verticalement vers la base du crâne; un autre repli se dirige horizontalement en arrière. Il se forme ainsi une fossette de 7 centimètres de profondeur.

Chez une femme de 25 ans, les aliments s'arrêtent derrière le nez. Derrière le bourrelet tubaire se trouve une fossette profonde donnant asile aux parcelles alimentaires.

Il faudra se garder de confondre avec des diverticules du pharynx toutes les cicatrices et brides qu'on pourra rencontrer derrière la trompe d'Eustache. De même les inflammations chroniques du bourrelet de la trompe pourraient faire croire à des diverticules situés derrière ce bourrelet. Néanmoins ces diverticules ne doivent pas être très rares. Körner croit que les emphysèmes cutanés que nous voyons quelquefois naître après un cathétérisme de la trompe fait par une main exercée sont dus à l'existence insoupçonnée des diverticules de Kirchner. La muqueuse de la trompe est, au niveau de ces diverticules, excessivement mince. Il est donc explicable que l'air pressé par la sonde d'Itard puisse déchirer la paroi d'un diverticule et s'échapper dans le tissu lâche de la sous-muqueuse.

LAUTMANN.

Diphthérie consécutive à la tonsillotomie, par LEVINSTEIN (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XXII, n° 2).

Un enfant, opéré de végétations adénoïdes et d'amygdales à la clinique de Fränckel, fait à la suite de cette opération une diphthérie grave. Pareil accident a été plusieurs fois déjà mentionné dans la littérature et s'explique, il nous semble, le mieux en admettant que l'enfant au moment de l'opération était déjà atteint de diphthérie. Levinstein part d'une autre hypothèse, admettant que le bacille de Loeffler est un parasite habituel de la cavité buccale et que sa virulence peut augmenter dans des conditions inconnues de nous. A l'appui de cette hypothèse, Levinstein a recherché dans la littérature ce que nous savons sur la présence habituelle du bacille de Loeffler dans le pharynx des gens non atteints de diphthérie, et nous croyons assez intéressantes ces recherches pour les résumer très brièvement.

Tous les auteurs admettent que le bacille de Loeffler se trouve dans la bouche des gens qui viennent de passer par la diphthérie, même après plusieurs mois, à une époque où toute mesure d'isolement a été depuis longtemps supprimée. Chose curieuse, ces bacilles peuvent être très virulents. Viennent après ces gens, comme porteurs de bacilles, ceux qui ont soigné les diphthériques ou qui se sont trouvés autour d'eux pendant leur maladie.

8 à 10 p. 100 des gens autour des diphthériques prennent le Loeffler (explication des épidémies familiales, scolaires). Le plus intéressant est enfin le troisième groupe des gens qui ni directement, ni indirectement, n'étaient en contact avec les diphthériques. A l'encontre d'une hypothèse très répandue dans le public médical, les statistiques disent que le bacille de Loeffler virulent est exceptionnel chez eux. Kohler l'a trouvé 5 fois sur 600 personnes (moins de 1 p. 100). Legard et Vervoort, etc., arrivent à des pourcentages semblables. Il ne faut pas croire que, chez ces personnes, le bacille de Loeffler reste un parasite toujours inoffensif. A ce propos, les observations de Freidino sont intéressantes. Il a constaté que les sujets hébergeant le bacille de Loeffler avaient une angine légère avec embarras gastrique et légère fièvre, jusqu'à ce que brusquement a éclaté les grands symptômes de la diphthérie. Freidino parle de diphthérie larvée à propos de ces cas. Des observations analogues ont été faites par Solis-Cohen, qui parle de diphthérie latente, de sorte qu'on peut se demander si vraiment le bacille de Loeffler peut être considéré comme un parasite inoffensif de la cavité buccale.

LAUTMANN.

Paralysie vélo-palatine secondaire à une diphtérie latente insidieuse et bénigne strictement localisée aux fosses nasales, par ESCAT (*VI^e Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, Toulouse, 22-27 sept. 1910*).

A l'appui de la doctrine de Marfan sur la nature constamment lœfflérienne des paralysies du type diphtérique, Escat rapporte deux observations relatives à un garçon de 11 ans et à une fillette de 5 ans, frappés de paralysie vélo-palatine à la suite d'une diphtérie insidieuse et latente strictement localisée aux fosses nasales sans le moindre envahissement oro-pharyngé et qui aurait passé inaperçue sans l'examen rhinoscopique.

De ses observations, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1^o La diphtérie strictement localisée aux fosses nasales est susceptible de se compliquer de paralysie vélo-palatine au même titre qu'une diphtérie pharyngée classique ;

2^o Une paralysie vélo-palatine du type diphtérique survenant insidieusement, sans antécédents angineux, peut être considérée comme d'origine diphtérique si elle a été précédée d'une rhinite fibrineuse, à plus forte raison si le bacille de la diphtérie a été décelé dans l'exsudat de la rhinite ;

3^o La nature diphtérique d'une paralysie vélo-palatine non précédée d'angine diphtérique ne pourrait être mise en doute, le résultat de l'examen bactériologique du pharynx ayant été négatif, que si on peut faire la preuve que, dans les quelques semaines qui ont précédé la paralysie, le sujet a été indemne de tout coryza fibrineux ou de tout coryza dans l'exsudat duquel le bacille diphtérique a été vainement cherché.

Pseudo-mycose pharyngée, par C. CHAUVEAU et SARTORY (*Arch. internat. de laryngol.*, juillet 1909).

Chez 2 malades présentant des points blancs dans la gorge, qui ressemblaient à de la mycose, l'examen bactériologique ne démontre pas la présence du *Leptothrix*, mais d'un bacille très analogue au pneumobacille de Friedländer. M. GRIVOT.

Sur 3 cas de gangrène primitive du pharynx, par G. SOLARO (*Arch. ital. di otologia, etc.*, 1909, vol. XX, fasc. 5, p. 373-383).

Dans ces 3 cas, il s'agissait sans contestation possible d'une gangrène primitive du pharynx, survenue sans cause apparente

chez des sujets jeunes (17, 22 et 25 ans), en bon état de santé et de constitution robuste. Deux de ces malades menaient une vie errante et négligeaient tout soin de propreté, conditions antihygiéniques prédisposant aux graves infections.

Dans le premier cas, où la gangrène détruisit les deux amygdales, la marche fut très rapide : la mort survint dès le cinquième jour par septicémie et bronchopneumonie.

Dans le deuxième cas, le sphacèle se limita en un point limité des amygdales, qui se creusèrent d'une excavation profonde; la fièvre cessa au bout de six jours, et le processus gangreneux s'enraya.

Dans le troisième cas, la gangrène détruisit les deux amygdales, une partie du voile, la racine de la langue et s'étendit jusqu'à l'un des plis ary-épiglottiques. Le malade succomba le dix-huitième jour à des lésions de péricardite et de pleurésie fibrineuse.

Dans deux cas, on trouva des streptocoques en culture pure non seulement dans l'exsudat, mais dans la profondeur des tissus, sans aucun spirille.

M. BOULAY.

L'angine ourlienne, par RAOUL SASSY (*Thèse de Montpellier*, 1909, n° 88).

L'angine est un symptôme habituel des oreillons; elle existe dans 62 p. 100 des cas; elle est bénigne, apparaît en même temps que la fluxion parotidienne ou la précède, et disparaît avec elle vers le cinquième ou le sixième jour.

Dans quelques cas, cette angine présente une intensité particulière et constitue le symptôme dominant de l'infection ourlienne; elle n'est pas seulement érythémateuse, comme lorsqu'elle est bénigne; elle prend une forme plus grave et peut être herpétique ou pultacée; c'est une complication exceptionnelle et qui s'accompagne d'hyperthermie, sans assombrir le pronostic.

Cette angine est sous la dépendance du processus ourlien; mais on ne peut affirmer si elle est causée par le microbe des oreillons ou par infection secondaire favorisée par la sécheresse de la bouche et la modification de la sécrétion parotidienne.

Dans les angines graves, pas de complications du côté de l'oreille moyenne, alors qu'on en observe dans les angines bénignes.

LÉON VIDAL.

Angine diphtérique pure pseudo-phlegmoneuse, par MM. ROGER et MARGAROT (*Montpellier méd.*, 1709, t. I, p. 517).

Un soldat éprouve brusquement une violente douleur de gorge : le lendemain, il est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'angine phlegmoneuse ; à cause d'une fausse membrane que l'on constate, on l'évacue dans le service des contagieux ; à son arrivée, il a une température de 40° avec abattement considérable et une dyspnée très marquée et une dysphagie à peu près complète.

A l'examen, on constate des amygdales très volumineuses repoussant en avant les piliers qu'elles débordent en dedans pour se rejoindre sur la ligne médiane. Le toucher ne révèle pas de fluctuation. L'adénopathie est très marquée. Injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Le lendemain, incision des deux côtés, pas de pus, mais simplement du sang. Traitement anti-infectieux : sérum et électrolyte. Quelques jours après, la guérison était complète, sans qu'il y ait eu issue de pus. L'examen d'une culture faite avec un morceau d'exsudat avait donné du bacille de Lœffler absolument pur.

LÉON VIDAL.

Paralysie diphtérique généralisée tardive suivie de mort chez un enfant de 4 ans et demi, par E. SALAGER (*Montpellier méd.*, 1909, t. I, p. 258).

Un enfant de 4 ans et demi présente un beau jour des modifications du timbre de la voix. Examiné par un spécialiste, celui-ci constate une paralysie du voile du palais ; en fouillant les antécédents, on apprend que l'enfant a eu à Nice, un mois auparavant, une angine avec points blancs et une température de 38 à 39° et qu'il avait été question à ce moment d'une injection de sérum de Roux.

Peu après les troubles de la phonation apparaissent des troubles de la déglutition ; en outre, la tête retombait en avant, la région lombaire était fortement cambrée, et la station debout nécessitait l'écartement des membres inférieurs ; en somme, troubles paralytiques généralisés très nets.

Injection de 20 centimètres cubes de sérum de Roux en trois fois. Une certaine amélioration se produit, et trois jours après l'état paraissait excellent, quand brusquement éclatèrent des accidents dyspnéiques intenses, le tout sans fièvre et avec un cœur tenant bien. Nouvelle injection de sérum, amélioration jusqu'au lendemain ; mais ce jour-là, aggravation de la dyspnée, paralysie pharyngée et mort en syncope subitement le soir. Il n'y a jamais eu aucun signe de complication pulmonaire.

LÉON VIDAL.

Un cas d'extraction d'un corps étranger de l'œsophage enlevé par l'œsophagoscopie, par MM. MEURET et CAZAL (*Nouveau Montpellier médical*, 1909, II, p. 13).

Une femme de 58 ans avait de la gêne pour avaler depuis quarante-cinq jours; cette gêne avait débuté pendant qu'elle était à table en train de manger. Depuis, elle avait fortement maigri.

La douleur est localisée à deux travers de doigt au-dessous de l'articulation sterno-costo-claviculaire du côté gauche.

Œsophagoscopie sous cocaïne. A 17^{cm},5 de l'arcade dentaire, on aperçoit, en retirant le tube, un corps étranger qui avait passé inaperçu à un premier examen; on le saisit avec une pince et, comme il est trop gros pour passer dans le tube, on le retire tout doucement.

Le corps étranger est un os qui mesure 2^{cm},5 de longueur et 1^{cm},5 de largeur.

Les suites furent normales.

LÉON VIDAL.

Œsophagostomie externe pour corps étranger, par BEREZNEGOVSKI (*Chirurgia*, 1910).

Il s'agit d'un enfant ayant dégluti un os de veau. L'intervention eut lieu le sixième jour après l'accident. A cette date, il existait déjà de la périœsophagite purulente circonscrite et une perforation de l'œsophage. Malgré ces complications et les difficultés de l'extraction du corps étranger, l'opération a été suivie d'une guérison complète.

A. TRIVAS.

Sur un cas de carcinome primitif de l'œsophage, par VITTO-MASSEI (*Archivi ital. di laringol.*, juillet 1909, fasc. III, p. 97).

L'auteur publie ce cas pour montrer quel service peut rendre l'œsophagoscopie pour le diagnostic précoce des maladies de l'œsophage, surtout une des plus fréquentes : le carcinome.

Un homme de 41 ans se plaignait d'une légère dysphagie depuis une dizaine de jours; il avait eu des crachements sanguinolents, des douleurs, des régurgitations qui pouvaient faire soupçonner la gravité du mal.

Anamnèse complètement muette, absence de syphilis et de tout traumatisme ayant agi sur les parois œsophagiennes; une bougie œsophagienne n° 12, après avoir rencontré à 30 centimètres de l'arcade dentaire un léger arrêt, passe ensuite librement.

A l'œsophagoscopie, on distingue, à 25 centimètres de l'arcade

dentaire, sur la paroi gauche de l'œsophage, une petite surface mamelonnée, saillante, de couleur rouge, dont on enlève séance tenante un fragment pour en faire l'examen microscopique.

Celui-ci apprit que l'on pouvait penser à un épithélioma au début, sans toutefois en donner la certitude.

A partir de ce moment, l'état empira; malgré des séances prudentes de dilatation et des injections de morphine pour vaincre le spasme réflexe, le mal fit des progrès si rapides qu'on dut recourir aux lavements nutritifs. Le malade mourut trois mois après le premier examen qui en avait été fait.

Ainsi l'œsophagoscopie seule avait permis un diagnostic exact et précoce du mal, alors que les symptômes et même l'examen histologique n'avaient rien appris de précis.

M. BOULAY.

L'abcès rétro-pharyngé, par CARPENTER (*Laryngoscope*, n° 5, 1910).

Voici l'opinion de Carpenter sur l'abcès rétro-pharyngé. « Il existe peu de maladies plus difficiles à reconnaître au début et plus troublantes dans leur plein développement que l'abcès rétro-pharyngé. Dans la longue pratique de beaucoup de médecins très occupés, des cas ont pu ne pas se présenter. D'autres médecins en auront un, peut-être deux ou trois cas. » C'est possible, mais il est certain que c'est une grave faute que de ne pas reconnaître ces abcès. La difficulté tient à deux choses : 1° que l'affection frappe les tout jeunes enfants chez lesquels l'injection de la gorge est malaisée; 2° que le médecin non spécialiste ne voit dans une gorge que les différences de teinte (ou gorge rouge, ou très blanche), mais qu'il ne voit pas les asymétries. Or une dysphagie chez les tout jeunes enfants avec tuméfaction unilatérale de la paroi postérieure du pharynx a de grosses chances d'être un abcès rétro-pharyngé.

LAUTMANN.

III. — DIVERS

Le salpingoscope enrichit-il l'arsenal de nos instruments pour le diagnostic ? par KRETSCHMANN (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 7, 1910).

La réponse n'est pas douteuse. Il s'agit seulement de trouver un bon instrument pratique. Kretschmann se sert du salpingoscope de Valentin, qui est construit d'après le modèle du cystoscope. Pas plus

épais qu'une sonde d'Itard, ce salpingoscope peut être introduit par le nez, même sans cocaïnisation préalable. Les inconvénients sont nombreux. Le premier inconvénient de cet instrument est la difficulté de sa stérilisation. De plus, comme la vision se fait par un prisme, les différentes parties examinées sont vues dans des dimensions différentes, ce qui demande un certain travail intellectuel pour permettre le diagnostic exact. Les avantages de l'instrument sont les suivants. Il permet d'examiner les parties latérales de l'épipharynx ; il donne une bonne vue sur les cellules ethmoïdales postérieures. On pourrait peut-être s'en servir pour examiner l'intérieur du sinus maxillaire et pour faire la transillumination du sinus frontal.

LAUTMANN.

Observations rhino-laryngologiques, par ONODI (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 44, 1909).

Sous ce titre, Onodi a réuni quelques faits cliniques d'intérêt inégal. Les kystes dentaires remplissant le sinus maxillaire et le supprimant même ne sont plus rares. Le cas rapporté par Onodi est intéressant seulement parce que le kyste a usé, à la façon d'une tumeur de mauvaise nature, les parois du sinus. Il importe de faire le diagnostic du kyste dentaire, pour ne pas se laisser tenter à faire des ponctions et des lavages de la soi-disant sinusite maxillaire.

Onodi a eu occasion d'observer la complication de compression du récurrent droit avec paralysie du sphincter iridien causée par un sarcome du médiastin.

Le diagnostic de la sinusite frontale, basé sur le symptomatologie suivante : céphalée et névralgie supra-orbitale, puis dans le méat moyen, endolorissement de la région frontale et sensibilité à la pression, enfin examen positif par la transillumination et par la radiographie, peut être au complet, et pourtant il peut ne pas s'agir d'un sinusite frontale, voire même le sinus frontal peut être absent. Il ne reste que la ponction exploratrice pour permettre le diagnostic exact. A propos des sinusites frontales, Onodi rapporte brièvement un cas d'exophtalmie et de diplégie avec perte énorme du pouvoir visuel guéri par le traitement endonasal d'une sinusite frontale. Un autre cas est considéré par Onodi comme sinusite frontale aiguë avec symptômes méningés. Il nous paraît difficile d'admettre, dans le cas rapporté par Onodi (convulsion, vertige, un accès de syncope), qu'il s'est réellement agi de méningite séreuse.

LAUTMANN.

L'oreille, le nez et la gorge au point de vue social, hygiénique et économique (*The laryngoscope*, n° 4, t. XX).

a. **L'oreille**, par CLARENS J. BLAKE. — Les anomalies de l'oreille sont moins visibles que les autres anomalies de la figure, mais demandent néanmoins quelquefois des interventions esthétiques. Au point de vue psychologique, l'oreille humaine est devenue un objet d'étude très curieuse ; mais il est impossible que des déviations du type normal puissent être pour le moment plus que le facteur secondaire de l'évaluation psychopathologique de l'individu. Bien plus évident est le rôle que jouent dans le développement des facultés intellectuelles les troubles de l'oreille chez l'enfant. Ces troubles auriculaires chez les enfants sont excessivement fréquents, puisque un quart de nos clients sont constitués par des enfants au-dessous de 15 ans amenés pour les troubles de l'oreille. Une statistique faite dans les asiles de sourds-muets des États-Unis montre que 27 p. 100 des cas de surdi-mutité doivent leur origine à une inflammation suppurée de l'oreille moyenne subie dans l'enfance et mal soignée. Il est possible que le pourcentage des cas curables augmente encore, et ceci veut dire que le nombre des sourds-muets diminuera d'autant. Mais non seulement le sourd-muet constitue un déchet de l'humanité, mais même l'homme affligé d'une oreille dure constitue un être chez lequel nous ne nous rendons pas suffisamment compte du surcroît de charges morales et, en conséquence, d'épuisement psychique qu'il subit du fait de l'état d'infériorité de son oreille. Deviner ce qu'il entend, avoir l'esprit constamment tendu à la parole qu'il entendra mal est un surcroît de travail intellectuel qui ne manquera pas de se manifester par des phénomènes de nervosité générale.

b. **Le nez**, par JOHN KYLE. — La littérature et les arts ont plutôt et davantage que les médecins reconnu le grand rôle social que joue le nez. Kyle cite comme exemple la pièce connue de Rostand ; mais il omet de citer la phrase célèbre sur le nez de Cléopâtre. Plus une race est raffinée et civilisée, plus le nez devient fin également, et ses lignes deviennent plus gracieuses avec le développement de l'intelligence. Chaque nation, dit Kyle, a ses caractères généraux du nez ; pourtant deux nez ne se ressemblent jamais. On dit que le nez anglo-américain est une combinaison du type romain et du type grec avec tendance à la forme juive. Un tel nez aurait été l'apanage d'Ambroise Paré. Mais pourquoi Kyle dit-il que l'humanité ne doit rien aux nez recroquevillés, puisque Socrate en aurait possédé un.

À part sa forme, le nez joue par sa fonction un éminent rôle social. Sous ce rapport, Kyle fait de larges emprunts au livre de Havelorh Ellis en six volumes sur la *Psychologie sexuelle*. Quant aux rapports des anomalies de la fonction du nez avec la criminalité, on semble leur attribuer une valeur plus grande en Amérique que nous ne le faisons. À ce qu'il paraît, les juges commis pour les délits d'enfants ont l'habitude d'envoyer les jeunes coupables au rhinologistes à fin d'examen. Nous doutons fort que l'ablation des végétations adénoïdes diminue beaucoup la criminalité. Quant à l'hyposmie, anosmie et autres troubles de l'odorat chez le criminel, les travaux de Lombroso, de Ellis et Drahms devront être consultés.

Quant au rôle hygiénique du nez, il a été, ces dernières années, très souvent mis en lumière. Aussi Kyle ne donne que quelques aperçus très connus. Il conseille, entre parenthèses, l'emploi de mouchoirs en papier de soie qui, une fois salis, pourraient être brûlés.

L'étude du rôle du nez dans l'économie générale ouvre un chapitre encore peu étudié en rhinologie sur les rapports de la médecine légale avec la rhinologie. Jusqu'à présent, les rhinopathies n'ont pas encore beaucoup donné matière aux expertises pour les accidents du travail; pourtant il existe maintes professions dans lesquelles la perte de l'appareil olfactif peut constituer une incapacité de travail. Si une perte partielle de l'odorat peut peut-être ne pas affecter la capacité professionnelle de l'individu, il est certain que la perte totale de ce sens constitue un dommage considérable pour le sujet. De plus Ellis a démontré que, parfois, les ouvriers travaillant dans les parfums (musc) ont une tendance à la démence précoce. Nous connaissons en France plutôt l'effet nuisible de l'essence de l'absinthe. Parmi les professions nécessitant un excellent odorat, Kyle cite les suivantes: médecins, employés de chemins de fer, surtout les chauffeurs, aéronautes, ouvriers travaillant les explosifs, chimistes, pompiers, inspecteurs sanitaires, mineurs, ouvriers employés dans les manufactures de tabac, parfumeurs, courtiers en vins, en cuirs.

Les rhinologistes, mieux que les médecins, et ceux-là plus que le public, savent combien de fois les maux de tête diminuant la valeur professionnelle de l'individu sont dus aux rhinopathies. Mais où le grand rôle des affections nasales se montre surtout, c'est chez les enfants. Il n'appartenait pas à Kyle de parler des végétations adénoïdes, mais nous savons tous que la morbidité infantile, à part les fièvres éruptives, est due aux affections de l'anneau de Waldeyer.

A Philadelphie, un statisticien patient a calculé que, sur à peu près 164 000 écoliers, tous les jours 270 élèves manquent à la classe en raison d'amygdalites et 133 en raison de coryza. Si l'on considère que la durée d'une tonsillite est d'à peu près six jours et d'une rhinite d'à peu près quatre jours et demi, on peut facilement calculer, et l'auteur (Dr Abbott) l'a fait, le nombre de jours de travail perdus dans une année scolaire. Mais la chose devient surtout intéressante si on considère que, dans l'état de Indiana, le coût annuel de l'instruction est à peu près de 50 dollars pour chaque enfant. On voit donc que l'adénoïdite revient cher à l'État. On commençait un peu à s'en douter en France aussi.

c. **La gorge**, par WALTERA WELLS. — Si on exclut la laryngite tuberculeuse, parce que secondaire à la tuberculose générale, et la diphtérie, parce que par routine considérée maladie générale plutôt que maladie de la gorge, on arrive aux résultats quelque peu surprenant qu'on est peu malade de la gorge et qu'on en meurt encore moins, à peu près une fois sur 400. Pourtant, si les statistiques étaient exactes, on trouverait que, dans le jeune âge, la mordidité, du fait des maladies de la gorge, est au contraire très grande. Il faut songer seulement aux végétations adénoïdes. Pour les spécialistes, il n'y avait rien de nouveau à dire sur ce chapitre. Les autres affections de la gorge appartenant autant à l'étude des spécialistes que des médecins, Wells, dans ses considérations hygiéniques et économiques, a dû se rencontrer très souvent avec les recherches des hygiénistes (action du refroidissement, influence nuisible des poussières, hygiène dans les fabriques, etc.). En terminant cette série de chapitres, mentionnons que Wells nous rappelle la grande valeur qu'a la voix harmonieuse de l'homme au point de vue social. Une voix agréable et des manières agréables sont les attributs essentiels de tous les succès dans la vie.

LAUTMANN.

Rapport du service oto-laryngologique de l'hôpital d'Édimbourg (services du Dr Porter), par PORTER et DARLING (*Journal of Laryngol.*, t. XXV, n° 4).

Le service ne paraît pas très mouvementé, et le plus grand conservatisme semble y présider, car le nombre des cas nouveaux était à peu près 1 200, dont 53 seulement ont été hospitalisés. Sur 14 cas de radicale, un seul s'est terminé par la mort du fait d'une complication intracrânienne. L'évolution a été tout à fait caractéristique. Trois semaines après, la radicale a fait une sécrétion très

abondante ; aucun symptôme particulier à noter. L'état général semblait bon, le malade se nourrissait bien ; on remarquait seulement une tendance très prononcée au sommeil. Brusquement les phénomènes cérébraux ont éclaté avec céphalée, vertige et nystagmus spontané. A l'autopsie, on a reconnu l'existence d'un abcès cérébral. L'auteur regrette qu'on n'ait pas recherché chez le malade les symptômes de Barany avant l'opération. Un autre cas a été guéri par labyrinthotomie après avoir subi, plusieurs années auparavant, la cure radicale des deux côtés. Le malade se plaignait depuis de vertige, d'une tendance à tomber à droite et à gauche, de bourdonnements. Pas de vomissements, pas de nystagmus spontané, aucune réaction vestibulaire, ni calorique, ni rotatoire. Il existait simplement de la conduction osseuse et encore très incertaine du côté gauche. Le malade se trouvait, du fait de ces symptômes vertigineux, dans une telle détresse que l'opération de la labyrinthotomie s'imposait. Comme l'oreille droite semblait la plus atteinte (pas de conduction osseuse), on a choisi ce côté pour l'opération. On a trouvé sur le canal horizontal des granulations qui ont été enlevées à la curette. Le vestibule s'est trouvé ainsi ouvert. On n'a pas touché au limaçon ; le résultat a été particulièrement favorable et, à part les bourdonnements, tous les symptômes psychiques ont disparu. Les auteurs ajoutent que leur façon de procéder n'est pas conforme à l'enseignement de l'école de Vienne, qui, sans aucun doute, ne se serait pas arrêtée à une opération partielle du labyrinthe.

Les laryngopathies observées par les auteurs étaient au nombre de 29, c'est-à-dire 2,5 p. 100 des cas observés. Ce faible pourcentage peut se constater presque dans tous les rapports émanant des services où l'on soigne les maladies du larynx en même temps que celles de l'oreille. Un seul cas de larynx a été opéré et s'est terminé par la mort.

LAUTMANN.

Un cas d'ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur, par SAMENHOF (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XXII, n° 2).

Un enfant de 3 ans tombe malade avec haute fièvre et tuméfaction de la joue droite. La fièvre et la tuméfaction diminuent légèrement, mais il persiste une sensibilité dans le maxillaire droit. Un dentiste fait l'extraction d'une dent sans influencer les douleurs. L'état reste stationnaire pendant deux mois, et c'est la raison pour laquelle la mère de l'enfant vient consulter.

A l'examen on trouve un œdème allant jusqu'à la paupière infé-

rieure. Les fosses nasales sont libres; l'apophyse alvéolaire forme un séquestre qui se laisse facilement enlever. Après extraction d'autres petits séquestres de l'apophyse, guérison en huit jours. Aucune maladie spécifique ni éruptive dans le passé de l'enfant. Schmigelow le premier a décrit ces cas d'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez les tout jeunes enfants. Les cas publiés jusqu'à présent étaient plus graves que celui de l'auteur, du fait qu'il y avait une fistulisation de l'os maxillaire dans plusieurs endroits à la fois, que le sinus maxillaire et les fosses nasales participaient au processus.

LAUTMANN.

Des kystes dentaires, par le ^{Pr} GERBER (*Achiv. internat. laryngol.*, nov. 1909).

Les kystes dentaires sont assez souvent observés par les spécialistes, et il faut en faire le diagnostic différentiel avec les inflammations et les tumeurs du sinus maxillaire, certains observateurs ayant attribué aux affections inflammatoires du sinus quelques symptômes classiques des kystes, tels la dilatation des parois, ainsi que la présence du liquide séreux caractéristique des kystes.

Suivant les points d'origine du kyste et la direction dans laquelle il se développe, la région du visage où il apparaîtra sous forme de tumeur, après avoir soulevé en masse les tissus sous-jacents, varie également.

Le diagnostic est surtout difficile lorsque les kystes restent longtemps emprisonnés au centre du sinus maxillaire sans atteindre l'une ou l'autre des parois dont l'examen est facile. Lorsqu'ils se développent du côté de la cavité nasale, ils provoquent des symptômes facilement dépistés par tout rhinologue expérimenté. Le plancher de la fosse nasale du côté atteint est soulevé dans sa portion antérieure, et la tête du cornet inférieur est refoulée vers le haut. Parfois, entre le cornet inférieur et le plancher, apparaît une tumeur plus ou moins volumineuse, qui, touchée à la sonde, montre parfois un certain degré de résistance et de fluctuation; de même il arrive que la pression lui fait prendre une couleur bleue caractéristique.

Lorsque ces symptômes manquent, la différence de niveau entre les planchers des fosses nasales malades et intactes est caractéristique.

M. GRIVOT.

NÉCROLOGIE

ALFRED MARTIN

ALFRED MARTIN vient de mourir à l'âge de 70 ans.

Tous ceux, vieux et jeunes, qui ont fréquenté la clinique des Grands-Augustins ont conservé le souvenir de ce maître aimable et expérimenté pour qui ce fut toujours un plaisir de guider leurs débuts. Et quel guide! Attentif, soigneux, toujours prêt à prodiguer ses conseils ou ses explications, à enseigner un détail de technique, à dévoiler un tour de main.

Né le 8 novembre 1844, il ne commença ses études médicales que vers l'âge de 36 ans, abandonnant alors la carrière d'ingénieur qu'il avait suivie jusque-là. Sa thèse sur l'ozène vrai fit époque : elle venait à point pour jeter quelque lumière sur la question peut-être la plus confuse et la moins bien connue de la pathologie nasale.

En 1888, Calmette et Martin fondèrent, rue des Grands-Augustins, une clinique qu'ils transportèrent après quelques mois rue Saint-André-des-Arts, puis rue de Buci, et enfin 19, rue des Grands-Augustins, où ils s'adjoignirent Lubet-Barbon.

Martin avait étudié à Vienne; ce fut aussi un assidu de la Clinique de Moritz-Schmidt; de son séjour à Francfort il avait rapporté la technique précise du curettage du pharynx sous anesthésie générale par le bromure d'éthyle.

Ses nombreux voyages à l'étranger, dans les grands centres d'enseignement, lui avaient acquis un prodigieux bagage d'érudition, dont il fit largement profiter les générations d'élèves qui depuis des années se succèdent à la clinique. Jusqu'au dernier jour, A. Martin fut l'initiateur; jusqu'à la dernière heure il a rempli les devoirs de la tâche qu'il s'était imposée, car c'est en sortant de la clinique, après son cours habituel, le lundi 2 février, qu'il a brusquement succombé.

VICTOR MEREL

Le Dr VICTOR MEREL, oto-rhino-laryngologiste à Nantes, vient de mourir à l'âge de 34 ans. Une maladie cruelle ne lui a pas laissé le temps de donner sa mesure scientifique. Les regrets qu'il laisse à ceux qui furent ses maîtres à Paris n'en sont pas moins pénibles.

NOUVELLES

CONCOURS.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Concours pour la nomination à une Place d'oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris.

Ce concours s'ouvrira à Paris le lundi 6 mars, à midi.

Le jury est ainsi constitué :

MM. LERMOYEZ, LOMBARD, MONOD, CHAPUT, DARIER, SEBILEAU, JOSUÉ.

NOMINATIONS.

Le Pr DENKER (d'Erlangen) est appelé à la succession de SCHWARTZE dans la chaire d'otologie de l'Université de Halle. Il dut en même temps se charger de l'enseignement de la laryngologie et de la rhinologie.

Le Pr OSTMANN (de Marbourg) est nommé professeur ordinaire honoraire.

Le Dr OERTEL, chargé du cours d'otologie à l'Académie de Dusseldorf, a reçu le titre de professeur extraordinaire.

Le privat-docent NOWOTNY (de Cracovie) est nommé professeur extraordinaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET CONGRÈS.

Nous recevons la lettre suivante :

« Copenhague, 14 décembre 1910.

« Au nom de la Société danoise d'oto-laryngologie, nous, membres de cette société, avons l'honneur d'inviter à Copenhague le Congrès international de laryngologie, qui doit avoir lieu en 1915, immédiatement après le IX^e Congrès international d'otologie.

« Comme notre société ne comporte que vingt-quatre membres résidant à Copenhague, nous ne pourrions avoir le grand honneur de recevoir ici le Congrès que si la durée de chaque congrès est limitée à deux jours. Nous avons pensé que le Congrès international de laryngo-rhinologie pourrait avoir lieu les vendredi et samedi 27 et 28 août 1915, tandis que le Congrès international d'otologie pourrait se tenir les lundi et mardi 30 et 31 août 1915.

« La Société danoise d'oto-laryngologie aurait en outre le désir de recevoir les membres étrangers des deux congrès à une soirée le jeudi 26 août, et de leur offrir un banquet d'adieu le 13 août 1915.

« Une invitation analogue — *mutatis mutandis* — a été adressée au président du IX^e Congrès international d'otologie, le Dr D^r Blake, à Boston.

« Veuillez agréer, etc... ».

E. SCHMIEGELOW.

HODGER MYGIND.

GOTTLIEB KIAER.

TETENS HALD.

BLEGVAD.

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

Session annuelle de la Société française d'oto-rhino-laryngologie.

La session annuelle s'ouvrira, sous le nom de Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, le lundi 8 mai 1911, à neuf heures du matin, à Paris, Hôtel des Sociétés-Savantes, rue Danton, 8.

Questions à l'ordre du jour :

Complications de l'adénotomie. — *Rapporteurs* : MM. KAUFMAN et GROSSARD.

Complications post-opératoires de la sinusite frontale. — *Rapporteurs* : MM. SIEUR et ROUVILLOIS.

Le titre des communications devra être envoyé avant le 1^{er} avril prochain.

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE.

Séance du 26 février 1911, tenue à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles.

GORIS : Accident du travail et complications oculo-nasales.

FALLAS : Fracture compliquée de la cloison, des os propres et de la branche montante du maxillaire. Synéchies étendues.

HENNEBERT : Un cas de sinusite maxillaire traumatique.

VAN SWIETEN : Un cas de mastoïdite traumatique avec fracture de la portion mastoïdienne du temporal.

TATÉROP : Lésions traumatiques de l'oreille moyenne chez un chauffeur d'automobile.

HIGGUET : Un cas de labyrinthite traumatique. Labyrinthotomie. Guérison.

DELSAUX : Accidents du travail intéressant l'oto-rhino-laryngologie.

DELSAUX : Considérations sur quelques cas de surdités professionnelles.

Rapports de MM. BOVAL, CAPART et VAN DE CALSEYDE : De la nécessité de l'examen répété de l'ouïe chez les employés des chemins de fer, des téléphones et chez les marins. — Discussion.

SAND : De l'importance de l'examen otologique en matière d'accidents du travail.

HUMBLÉ : De l'inspection oto-rhino-laryngologique des écoles.

HENNEBERT : Du rôle de l'oto-laryngologiste à l'école.

HENNEBERT : Troubles vestibulaires dans les surdités traumatiques.

BUYS : De la symptomatologie des traumatismes laryn্থiques.

BRÖCKKAERT : De la situation des médecins oto-laryngologistes agréés du ministère des Chemins de fer.

Benzocalyptol (Inhalations et gargarismes). — Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches. (Voir aux Annonces.)

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



QUATAPLASME

du Docteur **ED. LANGLEBERT**

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

RE
F.
M.